

CERTIFICADO

EL QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE EL (LA) PACIENTE

Naira Diaz Gonzaloz

FUE ATENDIDO EN ESTE CENTRO ASISTENCIAL CON EL DIAGNOSTICO DE

que causan efectos adversos

EN CONSECUENCIA, DEBE (SI / NO) PERMANECER EN REPOSO, EL CUAL SE HARÁ EFECTIVO DESDE EL DIA 03 / 03 / 2024 HASTA EL 06 / 03 / 2024, INCLUSIVE, Y SIN EDUCACION FISICA HASTA EL DIA / / 20 .

SE EXTIENDE EL PRESENTE, A DISPOSICION DEL PACIENTE, PARA LOS FINES QUE ESTIME PERTINENTE.

ATENTAMENTE

*M. Lopez Valdés
Médico General
Prestamisra*

FIRMA Y TIEMBRE DEL TRATANTE

EN ANDACOLLO, EL 05 / 03 / 2024