

40

SERVICIO DE SALUD COQUIMBO  
SERVICIO DE URGENCIA  
HOSPITAL DE ANDACOLLO

## CERTIFICADO

EL QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE EL (LA) PACIENTE

Naira Diaz Gonzalez

FUE ATENDIDO EN ESTE CENTRO ASISTENCIAL CON EL DIAGNOSTICO DE

vacunas Covid

que causan efectos adversos

EN CONSECUENCIA, DEBE (SI / NO) PERMANECER EN REPOSO, EL CUAL SE HARA EFECTIVO DESDE EL

DIA 03 / 03 / 20 24 HASTA EL 06 / 03 / 20 24, INCLUSIVE, Y SIN EDUCACION

FISICA HASTA EL DIA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_.

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

ATENTAMENTE

  
Firma y Timbre del Tratante

FIRMA Y TIEMPRE DEL TRATANTE

EN ANDACOLLO, EL 05 / 03 / 20 24