

CERTIFICADO DE ATENCIÓN

El Profesional que suscribe, certifica que el (la) paciente:

Fue atendido (a) el día 9/10 2024 a las 8:00 horas. Por: Consulta Médica: ___, Consulta dental: ___, Otro: ___,

Diagnóstico: _____

Reposo: 29 Días, desde: _____ Hasta: _____

Se otorga el presente certificado para ser presentado en: Colapris

Indicaciones: _____
Nota: Este certificado no es válido como Licencia Médica.


Firma