

4-E

Invierno Bagó
Coritex® Pironal FORTE® Nastizol®
Clofexan®

CERTIFICADO

El médico tratante que suscribe ha indicado reposo al (la) paciente:

Francisca Arce Edad: *17* años

Quién deberá permanecer:

Sin ir a su Colegio

..... días sin actividad física

..... días en reposo en su hogar

A contar del *9* de *6* de *23*

Por causa que se expresa a continuación:

Diagnóstico:

Rinitis

El presente certificado se extiende para ser presentado en:

Su Colegio
Dr. Hector F. Retuert De La Torre
OTORRINOLARINGOLOGO
C.A. 9310-6

Nombre y firma médico tratante

.....
RUT: 4.810.514-9
- RONQUIDOS - APNEAS
PENÍ 431 - 304 - LA SERENA
FONO: 2228075 Fecha