



CERTIFICADO

1°C

El profesional que suscribe al/la paciente USUARIA DOMINGA CRUZ con diagnóstico de
Certificando que:

☒

Asistió al Centro de Salud

☒

No requiere reposo

Reposo desde ___/___/202___ hasta ___/___/202___

No realizar Educación Física desde ___/___/202___ hasta ___/___/202___

Otro (indicar cuál)

Asiste a control S. M con
Psicólogo

Coquimbo, 22 de 5 2025

[Firma]

Firma del Profesional

