



CONSULTORIO ADOSADO DE
ESPECIALIDADES

CERTIFICADO REPOSO

Quien suscribe, certifica que.....

Linda Salazar Vega

Run *22.756 PR-4* deberá permanecer en REPOSO en su domicilio por *3*
días; del *27/08* hasta el *29/08*, por presentar el siguiente
diagnóstico:

Gastroenteritis Aguda

Se extiende este documento a petición del interesado para ser
presentado en

POLI DIABETES
PRE CONSULTA ENFERMERIA

Fecha: _____ Edad: _____
P/A: _____ H.G.T.: _____
Peso: _____ Talla: _____
C. Int. a: _____
FIRMA RESPONSABLE