

**CERTIFICADO DE REPOSO**

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

fue atendido (a) el día \_\_\_\_\_

Días de reposo: \_\_\_\_\_

Se extiende el presente certificado a petición del interesado, para ser presentado en \_\_\_\_\_

Daniela Elgueta Uricuri  
Rut 19.039.959-1  
Médica Cirujana

Firma

BUJA