



CERTIFICADO DE REPOSO

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

fue atendido (a) el día 23 / 10 / 2022 (22-73)

Días de reposo: _____

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

Firma

Daniela Ugarte Jiménez
Rut 19.039.959-1
Médica Cirujana

BLOQ