



CERTIFICADO

El profesional que suscribe al/la paciente Juliana Tolosa Toro,
con diagnóstico de Perfil de Riesgo Arterial. Certificando que:

Asistió al Centro de Salud

No requiere reposo

RECIBIDO

Reposo desde ____/____/2025 hasta ____/____/2025

ENTREVISTA

No realizar Educación Física desde ____/____/2025 hasta ____/____/2025

Otro (indicar cuál)

Certificado para presentar en el Colegio

Coquimbo, 18 de 08 2025

Catina T. 6

15.9AS.951-2 Firma del Profesional