



### CERTIFICADO

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

☒

Asistió al Centro de Salud

☐

No requiere reposo

☐

Reposo desde \_\_\_/\_\_\_/2025 hasta \_\_\_/\_\_\_/2025

☐

No realizar Educación Física desde \_\_\_/\_\_\_/2025 hasta \_\_\_/\_\_\_/2025

☐

Otro (indicar cuál)

Certificado para presentar en el Colegio

Coquimbo, 18 de 08 2025

Carolina T. G

15.975.951-2  
Firma del Profesional