

HOSPITAL: _____ Servicio: _____

Juliet Rivera Valdovinos
Nombre y Apellido del Paciente

N° de Ficha _____ N° de Sala _____ Previsión _____

Rp. - Certificado que
presente presente diagnóstico
de epilepsia y migraña
por lo que he presentado
su sintoma escolar por
crisis de epilepsia.
- Emito certificado para
responder su sintoma.

Diagnóstico
25/04/24
Fecha

FRM-106

N° días tratamiento

Firma del Médico

24594961-5

Nombre: JULIET RIVERA VALDIVIA N° 465943

Servicio: UC INF Fecha 22/11/23

Ficha N°: _____ Cuenta Corriente _____

Nombre GENERICO Medicamento	Dosis	Intervalo de administración / Forma farmaceutica	Total	Vía
--------------------------------	-------	--	-------	-----

CERTIFICADO

CERTIFICADO QUE LA SEÑORA
JULIET RIVERA VALDIVIA
PRESENTA UNA MALFORMACIÓN
ARTERIO VENOSA OCCIPITAL
LA OPERADA, POR LO QUE
DEBIDO A COMPLICACIONES
POST OP DE TRASTORNOS
DE MEMORIA, ES NECESARIO
CERRAR SU AÑO ESCOLAR
2023.

Días de Tratamiento
☐ 1 día / Otro ☒

Diagnóstico

Nombre Rut y Firma
Profesional Medico