

Nastizol[®]

Corplus[®]

CERTIFICADO

20B

El médico tratante que suscribe ha indicado reposo al (la) paciente:

.....Decsiha Bravo Videla..... Edad: 15..... años

Quién deberá permanecer:

.....7..... días sin actividad física
.....3..... días en reposo en su hogar

A contar del 14 de 10 de 2024

Por causa que se expresa a continuación:

Diagnóstico:

.....Cuadro Respiratorio Agudo.....
.....
.....

El presente certificado se extiende para ser presentado en:

.....Colegio.....

.....Isidora Benavides Veliz.....

 Rut 10.678.403-4
Médico Cirujano

Nombre y firma médico tratante

14/10/2024

Fecha