

SERVICIO DE SALUD COQUIMBO
SERVICIO DE URGENCIA
HOSPITAL DE ANDACOLLO

CERTIFICADO

EL QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE EL (LA) PACIENTE _____

Mia Fernandez Fernandez

FUE ATENDIDO EN ESTE CENTRO ASISTENCIAL CON EL DIAGNOSTICO DE _____

Gonalgia (055 metformina)

EN CONSECUENCIA, DEBE (SI / NO) PERMANECER EN REPOSO, EL CUAL SE HARA EFECTIVO DESDE EL
DIA 21 / 11 / 20 25 HASTA EL 28 / 11 / 20 25, INCLUSIVE, Y SIN EDUCACION FISICA
HASTA EL DIA 05 / 12 / 20 25.

SE EXTIENDE EL PRESENTE, A DISPOSICION DEL PACIENTE, PARA LOS FINES QUE ESTIME PERTINENTE.

ATENTAMENTE

Dra. Catalina Lesterman F.
19.711.483-5
MÉDICO CIRUJANO

FIRMA Y TIEMPRE DEL TRATANTE

Imp. Zaimor y Cía. Ltda. - Stgo.

EN ANDACOLLO, EL 21 / 11 / 20 25