

SERVICIO DE SALUD COQUIMBO
SERVICIO DE URGENCIA
HOSPITAL DE ANDACOLLO

CERTIFICADO

EL QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE EL (LA) PACIENTE

CA QUE EL (LA) PACIENTE Mia Fernandez Fernandez

EL/LE ATENDIDO EN ESTE CENTRO ASISTENCIAL CON EL DIAGNOSTICO DE

E CENTRO ASISTENCIAL CON EL DIAGNÓSTICO DE _____
Gonalgia (OSS meiocranio)

EN CONSECUENCIA, DEBE (SI / NO) PERMANECER EN REPOSO, EL CUAL SE HARÁ EFECTIVO DESDE EL DIA 21/11/2025 HASTA EL 28/11/2025, INCLUSIVE, Y SIN EDUCACION FISICA HASTA EL DIA 05/12/2025.

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

ATENTAMENTE



Dra. Catalina Lesterman F.
A.C. 07-10-711-183-5

~~101 EDITION~~
19.711.483-5
~~MÉTAL CIRCUIT~~

FIRMA Y TIEMBRE DEL TRATANTE

Imp. Zaimor y Cía. Ltda. - Stgo.