

Certificado de inasistencia

El médico que suscribe certifica haber asistido profesionalmente a el/la paciente:

Nombre: DANAE DÍAZ ARAYA

Quien debe permanecer en reposo desde el 03/10/25
hasta el 08/10/25

Por la siguiente causa: ASISTE POR

A CONSULTA Ag: GASTROENTEROLOGÍA
7 CONSULTA ARAYA

Se extiende el presente certificado para ser presentado en:

COLEGIO

Fecha 03/10/25

Nombre médico tratante

Dr. Esteban Carmona Castillo
MEDICO CIRUJANO
18.317.010-4

Firma