

Certificado de inasistencia

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

Nombre: DANAE Díaz Gómez

Quien debe permanecer en reposo desde el 03/10/12
hasta el 08/10/12

Por la siguiente causa: ASISTE Hoy

A dormir 72 hrs

7 consulta. Dg: Gastroenteritis

Fever

Se extiende el presente certificado para ser presentado en:

CORTEO

Fecha 03/10/12

Nombre médico tratante _____

Dr. Esteban Carmona Castillo

MEDICO CIRUJANO

18.317.010-4

Firma