

CERTIFICADO

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

..... Paula Rojas Rojas Edad: 15 años

Quién deberá permanecer:

..... 1 días sin actividad física

..... 2 días en reposo en su hogar

A contar del 16 de 10 de 2024

Por causa que se expresa a continuación:

Diagnóstico:

vómito/ sx viral

El presente certificado se extiende para ser presentado en:

Colegio Providencia La Serena.

Dr. Pablo Millaleo

Med. Rehabilitación

12.976.257-8

Nombre y firma médico tratante

16/10/2024

Fecha