

CERTIFICADO

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

Paula Rojas Rojas. Edad: 15 años

Quién deberá permanecer:

..... 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:

vómitos/ sx viral

El presente certificado se extiende para ser presentado en:

Colegio Providencia Lo Sereno.

EN: Pablo Millalas Osp

Residencial: Colegio Providencia

Establecimiento: Colegio Providencia

Teléfono: 12.976.257-0

Nombre y firma médico tratante

16/10/2024

Fecha