

CERTIFICADO

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

..... Paula Rojas Edad: 15 años

Quién deberá permanecer:

..... días sin actividad física

..... 1 días en reposo en su hogar

A contar del 18 de 10 de 2024

Por causa que se expresa a continuación:

Diagnóstico:

..... Gastroenteritis

El presente certificado se extiende para ser presentado en:

..... Colégio

Nombre y firma médico tratante

Fecha

21/10/2024