

Nombre: Paula Rodríguez R
Edad: 23a C.I.: _____ Fecha: 10/11/2017
Domicilio: _____
Comuna: _____ Ciudad: Santiago

Rp.

CERTIFICADO MÉDICO:

EL médico que suscribe certifica que Donna Paula Rodríguez R, 23a, presentó cuadro de menstruación sin parto ectópico y sin deslucida tación, motivo por el cual debió guardar reposo abso- luto por 3 días a partir del 6/11/2017. Se extiende copia del certificado ya emitido a mi cónd interesado.

DRA. PAZ ROBLEDO HOECKER
PEDIATRA-ADOLESCENTÓLOGA
C.I.: 10.092.204-5
RCM 18-758-5
Firma de _____
CELULAR: 9 56993368105
CHILE

Centro de Diagnóstico Clínica Alemana
Av. Manquehue 1410 Piso 14, Vitacura
Teléfono: (56 2) 231 1216
Celular: 9 3368105

www.alemana.cl
E-Mail: clinica@alemana.cl