

CERTIFICADO

Fecha 04/06/19

El médico que suscribe certifica asistir profesionalmente al (la) paciente:

Doctore YONER Lopez . 19.684.920-3

quien debe permanecer en reposo

desde 04/06/19 hasta 04/06/19

Sin actividad física durante _____ días

por la causa que se expresa a continuación
DIAGNÓSTICO

Hernia Abdominal

Se extiende el presente certificado para ser presentado en

la Verdad.

[Firma]
Médico tratante