

Fecha: 23.09.19

Nombre Paciente: DOMINA RODRIGUEZ

R.U.T.: 20.046.046-4 Edad: _____

Domicilio: _____

Diagnóstico: _____

Rp: CERTIFICADO

CERTIFICO QUE PACIENTE ES
ATENDIDA EN CONSULTA MEDICA.
POR ASMA DESCOMPENSADA.
SE INDICA REPOSO POR 5 DÍAS

ATTE

D. ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ
Rut.: 16.369.884-6
Medicina General
CLÍNICA VESPUCIO