

Certificado

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

Pablo Hidalgo Arriagada
Edad: *19* años

Quien debe permanecer:

☐ Sin actividad física durante ☐ días
☒ En reposo en su hogar durante *03* días

A contar del *28* de *Marzo* de *2022*

Por la siguiente causa:

Gastroenteritis aguda

Se extiende el presente certificado para ser presentado en:

Universidad de Chile

Fecha

28/03/22

Dr. MARCO A. REYES RUZ

PEDIATRA

RUT: 6.443.954-5

R.C.M. 11.745-5

Nombre y firma médico tratante