

CERTIFICADO MÉDICO

El profesional que suscribe certifica que el paciente, ficha clínica N°, de años de edad, se controla en este CESFAM.

NOMBRE: *Francisca Pito Canales*

DIAGNOSTICOS: *Trastorno de ansiedad*

INDICACION: *Reposo en casa por 5 días*

OTROS:

Se extiende el presente documento a petición del interesado para los fines que estime conveniente

Saluda Atentamente a Usted

Nombre:

Cargo:

Establecimiento:

Gastón Varela Molina

MEDICINA GENERAL

15.709.440-8

La Pintana, 05/12/22