

**CERTIFICADO DE ENFERMEDAD GENERAL**

1. **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

**Nombre del establecimiento:** CONSULTORIO MEDICO “FAMILY MEDIC”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Correo electrónico del médico emisor del certificado: leonelgracia90@gmail.com**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Teléfono del emisor del certificado:** 0962749826\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección del establecimiento de salud:** Barrio san agustin calle oliva miranda\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lugar y fecha de emisión:** Manta, 30/03/2025\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **DATOS DEL PACIENTE**

**Apellidos y nombres completos:**  ESPAÑA BONILLA FREDDY DANIEL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección domiciliaria:** BARRIO 15 DE SEPTIEMBRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Número de teléfono:**0989361699\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Institución o empresa:** N/T\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Puesto del trabajo del paciente:** N/T\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Numero de cedula:** 1354107581\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Numero de historia clínica:** 1354107581\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **MOTIVO DE AISLAMIENTO/ENFERMEDAD**

**DIAGNÓSTICO:** INFECCION INTESTINAL AGUDA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CUADRO CLINICO:** MASCULINO DE 2 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR EMERGENCIA A LAS 10:00 AM DE LA PRESENTE FECHA ACOMPAÑADO DE SU PADRE SR. EMERSON ESPAÑA GUDIÑO CON CI:1312818428 QUIEN ESTA AL CUIDADO DEL PACIENTE, CON SINTOMAS DE ALZA TERMICA+NAUSEAS+VOMITOS 06+DOLOR ABDOMINAL+DIARREAS 08+CEFALEAS.

**CÓDIGO CIE 10:** A09\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

x

**Presenta Síntomas**

**SI**

**SI**

NO **No**

**Enfermedad Aislamiento Teletrabajo**

**Total, de días concedidos**: DOS (2) DIAS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Desde:** \_\_TREINTA (30) DE MARZO DEL 2025\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hasta:** \_\_TREINTA Y UNO (31) DE MARZO DEL 2025\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dr. Leonel Gracia Macías**

****

Firmado electrónicamente por:

**LEONEL VLADIMIR GRACIA MACIAS**

# **Dirección:** BARRIO SAN AGUSTIN CALLE OLIVA MIRANDA -Manta

***Teléfono:*** *0962749826*

# **E-MAIL:** [leonelgracia90@gmail.com](mailto:leonelgracia90@gmail.com) / [leo1490@hotmail.es](mailto:leo1490@hotmail.es)

