



| FECHA DE EMISIÓN | | |
|------------------|-----|------|
| 10 | 12 | 2024 |
| DÍA | MES | AÑO |

CERTIFICADO MÉDICO

Certifico haber atendido a: BERMUDEZ BARREZUETA ANGEL LOUIS con número de cédula: 1315203651, el cual presenta el siguiente diagnostico:

| DIAGNÓSTICO | | CIE10 |
|-----------------------------------|----|-------|
| GASTRODUODENITIS, NO ESPECIFICADA | | K299 |
| REPOSO MEDICO: | SI | |

| PERÍODO DE REPOSO | | |
|-------------------|------------|--|
| Desde | Hasta | |
| 10/12/2024 | 10/12/2024 | |

Observación:

CUADRO CLINICO DESDE HACE TRES DIAS POR FALTA DE APETITO, CEFALEA, EPIGASTRALGIA TIPO ARDOR, DEPOSICIONES BLANDAS 3

COELLO MOREIRA GUSTAVO RAFAEL

