



| FECHA DE EMISIÓN | | |
|------------------|-----|------|
| 06 | 08 | 2024 |
| DÍA | MES | AÑO |

CERTIFICADO MÉDICO

Certifico haber atendido a: SANTANA ZAMBRANO GUILLERMO AUGUSTO con número de cédula: 1315470771, el cual presenta el siguiente diagnostico:

| DIAGNÓSTICO | | CIE10 |
|-------------------------|----|-------|
| FIEBRE, NO ESPECIFICADA | | R509 |
| REPOSO MEDICO: | SI | |

| PERÍODO DE REPOSO | | |
|-------------------|------------|--|
| Desde | Hasta | |
| 06/08/2024 | 07/08/2024 | |

Observación:

ALZA TERMICA 36,9, MALESTAR GENERAL, CEFALEA, ODINOFAGIA

2 05303-7681