



| FECHA DE EMISIÓN | | |
|------------------|-----|------|
| 07 | 05 | 2025 |
| DÍA | MES | AÑO |

CERTIFICADO MÉDICO

Certifico haber atendido a: MATUTE ACEBO ALVARO ROBERTO con número de cédula: 1315258424, el cual presenta el siguiente diagnostico:

| DIAGNÓSTICO | | CIE10 |
|-----------------------------------|----|-------|
| FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | | J029 |
| REPOSO MEDICO: | SI | |

| PERÍODO DE REPOSO | | |
|-------------------|------------|--|
| Desde | Hasta | |
| 08/05/2025 | 08/05/2025 | |

Observación:





2 05303-7681