

| FECHA DE EMISIÓN |            |             |
|------------------|------------|-------------|
| <b>06</b>        | <b>08</b>  | <b>2024</b> |
| <b>DÍA</b>       | <b>MES</b> | <b>AÑO</b>  |

## CERTIFICADO MÉDICO

Certifico haber atendido a: PONCE SILVA MARIA DEL CARMEN con número de cédula: 1308447059, el cual presenta el siguiente diagnostico:

| DIAGNÓSTICO   |    | CIE10 |
|---|----|-------|
| INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA |    | J069  |
| REPOSO MEDICO:  | SI |       |

| PERÍODO DE REPOSO |            |
|-------------------|------------|
| Desde             | Hasta      |
| 02/08/2024        | 02/08/2024 |

**Observación:**

COELLO MOREIRA GUSTAVO RAFAEL

