

| FECHA DE EMISIÓN |     |      |
|------------------|-----|------|
| 01               | 07  | 2025 |
| DÍA              | MES | AÑO  |

## CERTIFICADO MÉDICO

Certifico haber atendido a: ACOSTA VINCES MARIA JOSE con número de cédula: 1727029199, el cual presenta el siguiente diagnostico:

| DIAGNÓSTICO   | CIE10 |
|---|-------|
| DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | A09   |
| <b>REPOSO MEDICO:</b>                                   | SI    |

| PERÍODO DE REPOSO |            |
|-------------------|------------|
| Desde             | Hasta      |
| 01/07/2025        | 01/07/2025 |

### Observación:

COELLO MOREIRA GUSTAVO RAFAEL

