

| FECHA DE EMISIÓN | | |
|------------------|-----|------|
| 30 | 07 | 2025 |
| DÍA | MES | AÑO |

CERTIFICADO MÉDICO

Certifico haber atendido a: ALVARADO QUIROZ CELIA ARLENE con número de cédula: 1306994193, el cual presenta el siguiente diagnostico:

| DIAGNÓSTICO | CIE10 |
|--|-------|
| AMIGDALITIS AGUDA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS ESPECIFICADOS | J038 |
| REPOSO MEDICO: | SI |

| PERÍODO DE REPOSO | |
|-------------------|------------|
| Desde | Hasta |
| 30/07/2025 | 30/07/2025 |

Observación:

PCENTE DE CC DE APROX 7 DIAS CARACTERIZADO POR ODINOFAGIA, TOS FRECUENTE PRODUCTIVA AMARILLO VERDOSO. ADICIONAL REFIERE CADIDIASIS EXAMEN FISICO: CSPS CLAROS Y VENTILADOS. TEMPERATURA 37 AMIGADALAS HIPEREMICAS. SPO2 98% SIN MAS NOVEDADES TTO: CEFUR 500MG C12H DEFLOXIL

COELLO MOREIRA GUSTAVO RAFAEL
