**CERTIFICADO MÉDICO**

Certifico que «=definite\_article» paciente **«=patient.name»** con CI. **«=patient.identity\_card\_number»** acude a este centro presentando **EPISTAXIS ANTERIOR DE FOSA NASAL IZQUIERDA** (R04.0), se le realiza cauterización nasal, requiere tratamiento medicamentoso y se recomienda no realizar actividad física por 30 días..

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Latacunga, «=current\_date»

Atentamente,

Dr. Paúl Dueñas Villacís

**OTORRINOLARINGÓLOGO**

Reg. Med.: L: I-I F: 17 No. 50

CI.: 0502141070