**CERTIFICADO MÉDICO**

Certifico que «=definite\_article» paciente **«=patient\_name»** con CI. **«=identity\_card\_number»** acude a este centro presentando FRACTURA DE HUESOS PROPIOS NASALES (S02.2), por lo cual se le realiza REDUCCION NASAL, requiere tratamiento medicamentoso más reposo médico por 5 días, y no puede realizar actividad física forzada por un periodo de 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