**CERTIFICADO MÉDICO**

Certifico que «=definite\_article» paciente **«=patient.name»** con CI. **«=patient.identity\_card\_number»** acude a este centro presentando **FRACTURA DE HUESOS PROPIOS NASALES CON DEFORMIDAD SEPTAL DE** (S3.1-S02.1), se realiza reducción nasal, requiere tratamiento medicamentoso y reposo por ... días desde el ... hasta el ... del presente año.

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