**CERTIFICADO MÉDICO**

Certifico que «=definite\_article» paciente **«=patient\_name»** con CI. **«=identity\_card\_number»** acude a este centro presentando **«=disease» («=disease\_code»)**, por este motivo requiere tratamiento medicamentoso y reposo médico por **«=rest\_time»** horas.

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