**REPOSO**

A quién corresponda:

El que suscribe, Médico Otorrinolaringologo, legalmente autorizado para ejercer su profesión con código MSP 0502141070.

CERTIFICA:

Que «=definite\_article» Sr(a) **«=patient.name»** con CI. **«=patient.identity\_card\_number»** fue atendido el día de hoy «=current\_date»; por lo que se recomienda guardar reposo por 3 días (tres días) desde el día ( ), hasta el día ( ), así mismo debe mantenerse bajo tratamiento médico que le he suscrito por presentar;

Diagnóstico:

«consultation.diagnoses:each(diagnosis)»

* «=diagnosis.disease\_code» «=diagnosis.description»

«consultation.diagnoses:endEach»

A petición del interesado(a) y para los usos legales que estime conveniente, se extiende el

presente certificado en la ciudad de Latacunga, «=current\_date».

Atentamente,

«=doctor.pretty\_name»

**«=doctor.speciality»**

Reg. ACESS: «=doctor.registration\_acess»

CI.: «=doctor.registration\_acess»