A QUIÉN CORRESPONDA:

El que suscribe Médico Otorrinolaringólogo, 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 intervenido quirúrgicamente el día de hoy «=current\_date», con diagnóstico de **«=consultation.pretty\_diagnoses»**, ,por lo que se recomienda guardar reposo por 15 días (quince días) desde el día ( ), hasta el día ( ), así mismo debe mantenerse bajo tratamiento médicamentoso y acudir a los controles por consulta externa.

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»