

Conste por el presente documento que el/la Sr./ Sra. / Srta.

**VERONA GARCIA BRUNO ALONSO**

Afiliado(a) a la aseguradora **PACIFICO SALUD EPS**

Identificado (a) con DNI **71746098**

Ha sido atendida en la fecha **29-Set.-2025**

Por el servicio de **TELEORIENTACIÓN DE SANNA \ DR. ONLINE**

Al momento de la atención se realizó el/los siguiente(s) diagnóstico(s) presuntivo(s):

J00.X R05.X R07.0	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN] TOS DOLOR DE GARGANTA
-------------------------	--

Para lo cual se le indicó el tratamiento a seguir y descanso Médico por **2** **Dos** **día(s)**

Desde **29-Setiembre-2025** al **30-Setiembre-2025**

Se expide la presente a solicitud del interesado para los fines que crea necesarios.

Atentamente.

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Merino Garcia Fernando**  
**MÉDICO CIRUJANO**  
**CMP 097397**  
**MERINO GARCIA FERNANDO**  
**CMP: 097397**