



Certifico que **La Srta. UQUILLAS CLAVIJO ANA GABRIELA**

C.I. No. **1724383250**

fue atendido en el servicio de emergencia de esta Institucion. El **03 (TRES )** de **Enero** del **2020**

Por presentar el siguiente diagnostico: **ICTERICIA NO ESPECIFICADA CIE10: R17**

**ASOCIADA A INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS. ( N390)**

por tanto se prescribe reposo a partir del: **03 (TRES )** de **Enero** del **2020**, hasta el: **05 (CINCO )** de **Enero** del **2020**

Atentamente:

D.M. de Quito, a 03 de Enero del 2020

Md. Andrea I. Vasconez Ch.  
**MÉDICO**  
Firma/código y sello del Medico  
Código: 1714825633

Medico: **ANDREA VASCONEZ**

Identificacion: **1714825633**

E-mail: **andrevasco\_93@hotmail.com**

CLINICA PASTEUR

Direccion: AV. ELOY ALFARO N29-248 E ITALIA Telefono: 022992400