



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**HOSPITAL GENERAL SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Dirección Técnica de Áreas Críticas**  
**Servicio de Emergencia Adultos y Pediátricos**  
**Certificado**

**Lugar y fecha:** Quito DM, 2021-09-15

Certifico que **RECALDE BUESTAN MARCELO RAFAEL** con CI: **1719450536** HC:**475023** recibió atención en **EMERGENCIA ADULTOS**, desde el **2021-09-15** a las **03:00** hasta el **2021-09-15** a las **12:55**.

Diagnóstico **CALCULO RENAL CIE10 N209**.

**SI** requiere cuidado directo de un familiar o acompañante en las siguientes **72** horas.

**SI** requiere reposo médico por **3** día desde, el **2021-09-15** hasta, el **2021-09-17**.

**NOTA:** Sr/a. afiliado favor registrar el presente certificado en Subsidios planta baja.

**Atentamente,**

**Responsable: DRA CARLA GRIMM**

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Sello:** \_\_\_\_\_

*[Firma manuscrita]*  
Dra. Carla Grimm F.  
MEDICO  
MSP: Libro 41 Folio 23 No 67