

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

TORIBIO MEDINA MAGALY ETHEL

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

Identificado (a) con DNI **47275860**

Ha sido atendida en la fecha **25-Ene.-2024**

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

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

U07.2	COVID-19 VIRUS NO IDENTIFICADO
J00.X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUNI

Para lo cual se le indicó el tratamiento a seguir y descanso Médico por **3** **Tres** **día(s)**

Desde **25-Enero-2024** al **27-Enero-2024**

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

Atentamente.



Dra. Lopez Jimenez Sandra Estefania
MÉDICO CIRUJANO
CMP 084471

LOPEZ JIMENEZ SANDRA ESTEFANIA DR+

CMP: 084471