

# Certificado

El médico que suscribe certifica haber atendido profesionalmente a

\_\_\_\_\_

quien se encuentra afectado de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

por lo que deberá guardar reposo desde el \_\_\_\_\_

hasta el \_\_\_\_\_

Se extiende el presente certificado para ser presentado en

\_\_\_\_\_

Santiago, \_\_\_\_\_