

DESCANSO MÉDICO

El médico que suscribe, certifica haber atendido a:

Sr(a):

con el siguiente diagnóstico:

Requiere descanso médico por _____ días,

a partir de:

Fecha: 5 15 21

Dr. F. [REDACTED]
CIRUGIA MIEMBRO SUPERIOR
CMP. 1 [REDACTED] - RNE. 1 [REDACTED]