

Machala, 26 de abril de 2024

Magister  
Cinthia Chica Gómez  
**GERENTE GENERAL SEDUIN S.A.**

**Asunto:** certificados médicos

Yo, Mayra Yajaira Molina Serrano, con cédula de ciudadanía 0706376530, en calidad de Docente de Educación Inicial Grupo 4, atención al procedimiento institucional subo los certificados médicos correspondientes al día Miércoles 24 de abril que salí de la institución a una cita médica.

Gracias por su atención.

A handwritten signature in blue ink, reading "Mayra Molina S.", enclosed in a light blue rectangular box.

Lic. Mayra Molina Serrano  
DOCENTE  
C.I. 0706376530



**Hospital**  
Esperanza

(07) 2936 880 - (07) 2931 1700

info@hospitalesperanza.com.ec

Av. Marcel Lantado y 10ma. Oeste - Machala - El Oro

**CERTIFICADO MÉDICO**

Machala, 20-4-2024  
DÍA - MES - AÑO

Hora: 8:30 G

Certifico que el (la) paciente:

FIONA L G BOSSO

APPELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS (como consta en la cédula)

Con cédula de Ciudadanía N°: \_\_\_\_\_

**PACIENTE AMBULATORIO**

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Otitis

CIE-10: J30

DÍAS DE REPOSO: 1/02 (Día)

(LETRAS Y NÚMEROS)

**PACIENTE HOSPITALIZADO**

DIAGNÓSTICO MÉDICO: \_\_\_\_\_

CIE-10: \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_

FECHA DE ALTA: \_\_\_\_\_

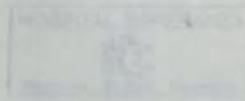
DÍAS DE REPOSO: \_\_\_\_\_

(LETRAS Y NÚMEROS)

Dr. Rodrigo E. Salgado Vera  
CEL 1 2 2 75 N. 75

(FIRMA MÉDICO)

Sello-código MSP (libro-folio-número)



SELLO HOSPITAL



# Hospital Esperanza

(07) 2 936 880 - (07) 2931 1700  
info@hospitalesperanza.com.ec  
Av. Marcel Laniado y 10ma. Oeste - Machala - El Oro

## CERTIFICADO MÉDICO

Machala, 24/4/2024  
DÍA - MES - AÑO

Certifico que el (la) paciente:

Fiorela Bossa Apolina  
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS (como consta en la cédula)

Con cédula de Ciudadanía N°: 0751408360

### PACIENTE AMBULATORIO

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Rinitis Alérgica

CIE-10: J30

DÍAS DE REPOSO: Asistencia a consulta de Alérgico  
10:00 AM (LETRAS Y NÚMEROS)

### PACIENTE HOSPITALIZADO

DIAGNÓSTICO MÉDICO: \_\_\_\_\_

CIE-10: \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_

FECHA DE ALTA: \_\_\_\_\_

DÍAS DE REPOSO: \_\_\_\_\_  
(LETRAS Y NÚMEROS)

Dra. Dayme de la C. Navoa Selles  
ESP. 1ER. GRADO. ALERGIOLÓGICA  
Reg. Sanesec. 531210800  
Reg. MSP. 179224

(FIRMA MÉDICO)

Sello-código MSP (libro-folio-número)



SELLO HOSPITAL



