



Clinica Universitaria  
**REINA FABIOLA**  
Instituto para el Diagnóstico y el Tratamiento

**Clinica Universitaria Reina Fabiola**

Domicilio: Oncativo N° 1248

Teléfonos: 0351-4142121

Servicio: **DEMANDA DE ONCOLOGIA**

Paciente: **NOTA, MARIA FLORENCIA**

Cobertura: **GALENO ARGENTINA SA (Plata) - Obligatorio N° 020035870208**

Nro. documento: **29603603**

Fecha Nac.: **11/08/1982**

HC: **923258**

Fecha: **24/05/2025**

Habitacion:

Sexo: **F**

Edad: **42 años**

Córdoba **24/06/2025**

**Certificado**

Dejo constancia que **NOTA, MARIA FLORENCIA**, DNI **29603603**, en el día de la fecha fue asistida en esta Institución con diagnóstico de cancer de mama, debe hacer tratamiento quimioterapico por 6 meses.

Se indica reposo laboral mientras este en quimioterapia **30 DIAS** a partir de la fecha

Se extiende el presente a pedido del paciente para ser presentado a quien corresponda

Dr. **SANTIAGO R. BELLA**  
M.F. **22318** - S.E. **7012**  
**ONCOLOGO CLINICO**

**BELLA, SANTIAGO RAFAEL**