



Certificado

Nombre Paciente: **CONSTANZA BELEN RIVERA RIVERA**

Cédula de Identidad: **23101082-3**

El profesional del establecimiento TEMUCO HOSP., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:

SINCOPE VASOVAGALES REMITIDOS DOLOR TORACICO INESPECIFICO

Se otorga el presente certificado a petición del paciente, y para los fines que éste estime conveniente.

Dra. María Isabel Toledo
Cardiología Pediátrica
Rut. 9.912.012-6

MARIA ISABEL TOLEDO GUTIERREZ

CARDIOLOGIA PEDIATRICA

24 / 07 / 2025