



TU A.

## Certificado

Nombre Paciente: **EMILIA ARIAS GONZALEZ**

Cédula de Identidad: **22518580-8**

El profesional del establecimiento CESFAM PUEBLO NUEVO, que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico: ASISTE A CONTROL OFTALMOLÓGICO

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

Javiera Fuentes Alarcón  
191100288-6  
Tecnólogo Médico  
Oftalmología

**JAVIERA PAZ FUENTES ALARCÓN**

PROCEDIMIENTO

07 / 05 / 2025