



IA.

## Certificado

Nombre Paciente: **ROMINA IGNACIA CARRASCO RIVEROS**

Cédula de Identidad: **22518775-4**

El profesional del establecimiento CESFAM CAJÓN, que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:  
**ASMA EN ESTUDIO**

**OTITIS MEDIA AGUA**

**FARINGITIS AGUDA**

amerita 7 días de reposo

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

*Maria Arias Gonzalez*  
MARIA ARIAS GONZALEZ  
MEDICINA GENERAL

10 / 06 / 2022