



III A.

Certificado

Nombre Paciente: **CAMILA IGNACIA SALINAS MONTECINOS**

Cédula de Identidad: **22090245-5**

El profesional del establecimiento CESFAM QUEPE, que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:

DOLOR ABDOMINAL

Reposo por 3 días

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

MIXCHAR ANAYA MIQUEL IGOR

MEDICINA GENERAL

01 / 08 / 2022