

8-A

11:49.



Certificado

Nombre Paciente: **KHIARE ALEXANDRA GARRIDO PASCAL**

Cédula de Identidad: **23987094-5**

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

FRACTURA PIERNA DERECHA control medico hoy, inicio de actividad deportiva porgresiva

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

Dra. Mónica Foppiano
Traumatología y Ortopedia Infantil
R.N. 10.355-1-2007

MONICA INES FOPPIANO REYES

TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA PEDIATRICA

21 / 03 / 2025