



7° B

9:22.

## Certificado

Nombre Paciente: **RAQUEL ELIANA CARRILLO RUIZ**

Cédula de Identidad: **23706252-3**

El profesional del establecimiento COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS, que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:

**XEROSIS**

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

*Dra. Melissa Díaz*  
*Dermatología*  
*Rut: 24.198.736-1*  
*ICM:33.744-7*  
**MELISSA DIAZ ROSALES**  
DERMATOLOGIA

*Dra. Melissa Díaz*  
*Dermatología*  
*Rut: 24.198.736-1*  
*ICM:33.744-7*

14 / 05 / 2024