



5º A

Certificado

Nombre Paciente: **VALENTINA AMPARO ALVAREZ VASQUEZ**

Cédula de Identidad: **23922086-K**

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

LUXACION ROTULA IZQUIERDA AVULSION LPFM

CIERRE DE AÑO ESCOLAR EN DOMICILIO

SIN DEPORTE HASTA INDICACION TRAUMATOLOGICA

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

MACARENA FERRADA FUENTES

TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA PEDIATRICA

04 / 11 / 2022