



B<sup>2</sup>A -

## Certificado

Nombre Paciente: **LINDSAY CELESTE FLORES MONSALVEZ**

Cédula de Identidad: **24972303-7**

El profesional del establecimiento MIRAFLORES A.P.S., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:

VIROSIOS RESPIRATORIA ALTA

Reposo en domicilio del 25 al 29/11/24

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

*Ignacio Palma Pantoja  
17.882.281-2  
Medico Cluyano*  
**IGNACIO DANIEL PALMA PANTOJA**

MEDICINA FAMILIAR

27 / 11 / 2024