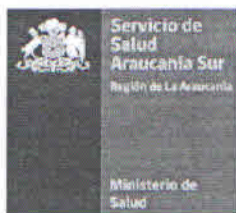


T. 3A



Certificado

Nombre Paciente: **SOFIA IGNAACIA SOTO REYES**

Cédula de Identidad: **22347901-4**

El profesional del establecimiento TEMUCO HOSP., que suscribe, certifica que el paciente ha estado en controles y tratamiento por equipo de psiquiatría infanto juvenil, por diagnóstico de la especialidad, con indicación de supervisión en domicilio con suspensión de actividades escolares, las últimas 3 semanas (desde el Lunes 23/05/22).

Se sugiere reintegración a entorno escolar presencial a partir del día Lunes 13 de Junio de 2022. Debido a proceso clínico y terapéutico por el que atraviesa actualmente Sofía, se sugiere evitar instancias de exposición, a modo de promover su óptima adecuación e integración gradual, con consideración en disminución exigencia de evaluaciones y calificaciones al menos este semestre como periodo de transición, para retomar próximo semestre con normalidad.

Se otorga el presente certificado a petición de la madre, para ser presentado en su establecimiento educacional.

ANDREA CAROLINA SALDANA CASTILLO

PSIQUIATRIA PEDIATRICA Y DE LA ADOLESCENCIA

08 / 06 / 2022