



6-9A.

Certificado

Nombre Paciente: **MAITE MONTSERRAT GUTIERREZ GUTIERREZ**

Cédula de Identidad: **24536802-K**

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

DISPLASIA DE CADERA IZQUIERDA OPERADA

DEBE GUARDAR REPOSO EN DOMICILIO POR 1 MES. EXIMIDA DE EDUCACION FISICA 2025

Se otorga el presente certificado a petición del paciente, y para PRESENTAR EN SU COLEGIO.

Saluda atentamente

FERNANDO INOSTROZA VALENZUELA

TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA PEDIATRICA

04 / 03 / 2025