



6ºA.

## Certificado

Nombre Paciente: **MAITE MONTSERRAT GUTIERREZ GUTIERREZ**

Cédula de Identidad: **24536802-K**

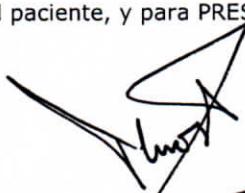
El profesional del establecimiento TEMUCO HOSP., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:

**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