



P-K.

## Certificado

Nombre Paciente: **VALERIA ANTONIA MATURANA HIDALGO**

Cédula de Identidad: **27002364-9**

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

**RINOFARINGITIS, SOBREPESO**

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

**GABRIELA FIGUEROA PEÑA**

PEDIATRIA

14 / 11 / 2024

P-K