



P.K.

Certificado

Nombre Paciente: **RAYEN IGNACIA FUENTES TROPA**

Cédula de Identidad: **27299963-5**

El profesional del establecimiento CESFAM CAJON, que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:

IRA ALTA. OBS LARINGITIS OBSTRUCTIVA RECURRENTE

Por lo cual, no pudo acudir a clases el dia de hoy.

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

Dra. Macarena Sobarzo Negue
Rut: 19.461.699-6
Médica Cirujana

MACARENA BELEN SOBARZO NEGUE

MEDICINA GENERAL

14 / 05 / 2025