



70A

## Certificado

Nombre Paciente: **FLORENCIA ISIDORA RIVAS MILLANAO**

Cédula de Identidad: **23435774-3**

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

CONTROL ADOLESCENTE

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

CENTRO DE SALUD FAMILIAR METODISTA

NATALY I. COÑA PICHULMAN

17.882.079-6

ENFERMERA

**NATALY COÑA PICHULMAN**

ENFERMERA(O)

05 / 06 / 2024