



79A  
1200 hrs

## Certificado

Nombre Paciente: **FLORENCIA ANTHONIA CATALAN ROJAS**

Cédula de Identidad: **23823367-4**

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

\* ATROFIA PIEL (FACIAL)

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

**PILAR ITURRIAGA BUSTOS**

CIRUGIA PEDIATRICA

30 / 10 / 2024