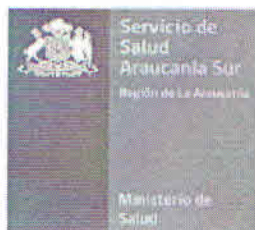


I.B.



## Certificado

Nombre Paciente: **MARIA VICTORIA ESCALONA GUILLEN**

Cédula de Identidad: **27452392-1**

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

**COLELITIASIS SINTOMATICA**

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

  
DRA. STEPHANIE LÓPEZ A.  
MÉDICA CIRUJANA UFRU  
RUT: 18.658.288-4

**STEPHANIE DANAE LÓPEZ AGUILERA**

MEDICINA GENERAL

19 / 05 / 2022