

*Esp:*

Certificado

Nombre Paciente: **TRINIDAD MASIEL FERNANDEZ LERMANA**

Cédula de Identidad: **23439164-K**

El profesional del establecimiento TEMUCO HOSP., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar condición de salud mental compleja que requiere reposo escolar.

Se solicita a establecimiento educacional realizar cierre académico anticipado para favorecer su tratamiento en salud mental.

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

Dra. Natalia Solís Guzmán

Rut: 17.344.164-9

Psiquiatra Infantojuvenil

NATALIA SOLIS GUZMAN

PSIQUIATRIA PEDIATRICA Y DE LA ADOLESCENCIA

04 / 11 / 2024