

6^{ta}

Certificado

Nombre Paciente: **MADELAINE MARTINEZ SANDOVAL**

Cédula de Identidad: **23426051-0**

El profesional del establecimiento MIRAFLORES A.P.S., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido hoy en este Policlínico por presentar:

SOSPECHA MENISCOPATIA BILATERAL

REPOSO DE ACTIVIDAD FÍSICA HASTA COMPLETAR ESTUDIO Y TRATAMIENTO

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

Dr. Gonzalo Carrasco M.
Médico Cirujano
Rut 18.581.857-8
RCM 44273-9

GONZALO ANTONIO CARRASCO MARDONES

MEDICINA GENERAL

29 / 09 / 2022