

*JU A*

## Certificado

Nombre Paciente: **CATALINA EMILIA BARAHONA BARAHONA**

Cédula de Identidad: **22509535-3**

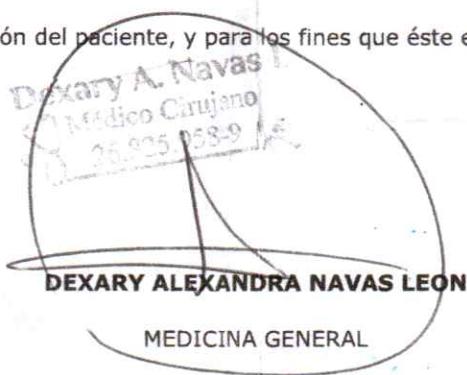
El profesional del establecimiento CESFAM HUALPIN, que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:

1.- CONTROL MEDICO PROGRAMA DE SALUD MENTAL

SE INICIA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.-

PROXIMO CONTROL: JUEVES 19 DE JUNIO DEL 2025

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



22 / 05 / 2025

Viernes 23/05 faltó por prob económicas  
por 2 viages