



10:09  
fº A

## Certificado

Nombre Paciente: **MIA PASCALE ORELLANA SAEZ**

Cédula de Identidad: **25961320-5**

El profesional del establecimiento COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS, que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:

PREESCOLAR NORMAL TALLA NORMAL ITU RECURRENTE TEA ALTO FUNCIONAMIENTO LEVE HIPERACTIVIDAD DEL DESARROLLO TRAST INTEGRACION SENSORIAL LEVE HIPERTROFIA ADENOAMIGDALIANA OPERADA RINITIS ALERGICA DERMATITIS ATOPICA

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

Dra. Leslie Anderson Merino  
Rut: 8.849.333  
Pediátrica  
LESLIE ANDERSON MERINO  
PEDIATRIA

27 / 05 / 2024