



Lo A
10:09.

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.


LESLIE ANDERSON MERINO

PEDIATRIA

27 / 05 / 2024