



ORDEN PARA EXAMEN O TRATAMIENTO

III B

CENTRO DE SALUD: VILLA ALEGRE Nº FICHA:

NOMBRE: Alexia Schatten Cifuentes

EDAD: 16 RUN: 22 060 296-6

INDICACIÓN: CERTIFICADO DE INFORME

PSICOLOGICO QUE CONSTATA QUÉ
ALEXIA SE ENCUENTRA EN PROCESO
DE TERAPIA POR SALUD MENTAL

26/08/22

FECHA

FIRMA DEL MÉDICO