



III A

I. MUNICIPALIDAD DE VILCÚN
DEPARTAMENTO DE SALUD

CERTIFICADO DE ATENCIÓN

El profesional que suscribe, certifica haber atendido al paciente:

Jenisse Montaña C. R.U.T: 22293172-K

En el establecimiento: Cesfam Laja

Diagnóstico: Respiratorio

Por lo tanto deberá hacer reposo por: _____ días. desde el _____
Hasta _____, ambas fechas incluidas.

PSICÓLOGA
CESFAM-LAJA
Firma y Timbre
Funcionario

Imp. Soc. Loica y Letter Ltda./contactos.letter@gmail.com/f:452-739980