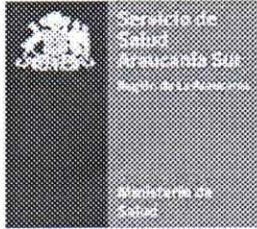


Solis Gallegos 3-II B

JB



## Certificado

Nombre Paciente: **ELBA ANTONIA SOLIS GALLEGOS**

Cédula de Identidad: **23104450-7**

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

9/12/24 MENISCECTOMIA PARCIAL LATERAL (DISCOIDEO) RODILLA IZQUIERDA, ACUDE EL DÍA DE HOY A CONTROL MÉDICO PARA ÚLTIMA EVALUACIÓN Y ALTA.

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

  
**AGUSTIN VIAL WOOD**

TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

30 / 04 / 2025