

TIP.



Certificado

Nombre Paciente: **VALENTINA AILLEN FUENTES LAGOS**

Cédula de Identidad: **22232932-9**

El profesional del establecimiento TEMUCO HOSP., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico el día 17-8-22, por presentar diagnóstico de la especialidad.

Se otorga el presente certificado a petición del paciente, para ser presentado en establecimiento educacional

DR MATIAS CHÁVEZ GATICA

RESIDENTE PSIQUIATRIA PEDIATRICA Y DE LA ADOLESCENCIA

17 / 08 / 2022



Matías Chávez Gatica
Médico General
19.075.774-9