



Certificado

Nombre Paciente: **NS:JOHAN AGURTO MONTES, NR: FLORENCIA IGNACIA AGURTO MONTES**

Cédula de Identidad: **23336728-1**

El profesional del establecimiento TEMUCO HOSP., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar T Ansioso.

Se indica iniciar ingreso a clases una vez que el colegio inicie uso de nombre social, para no exacerbar sintomatología ansiosa.

Reposo en casa 5 días.

Se otorga el presente certificado para ser presentado en su colegio.


DRA. PAMELA CARO RECIO
Dra. Pamela Caro Recio
PEDIATRA
Especialista en Adolescencia
T 9.551.864-8 RCM 18200-1

POLICLÍNICO DE ADOLESCENCIA

7/ 03 2025



Certificado

Nombre Paciente: **NS:JOHAN AGURTO MONTES, NR: FLORENCIA IGNACIA AGURTO MONTES**

Cédula de Identidad: **23336728-1**

El profesional del establecimiento TEMUCO HOSP., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar Virosis respiratoria alta.

Reposo en casa 4 días.

Se otorga el presente certificado para ser presentado en su colegio.

Dra. Pamela Caro Recio
PEDIATRA
Especialista en Adolescencia
RUT 9.551.864-8 RCM 1820651

DRA. PAMELA CARO RECIO

POLICLÍNICO DE ADOLESCENCIA

13/ 05 / 2025



Certificado

Nombre Paciente: **NS:JOHAN AGURTO MONTES, NR: FLORENCIA IGNACIA AGURTO MONTES**

Cédula de Identidad: **23336728-1**

El profesional del establecimiento TEMUCO HOSP., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar Faringitis aguda. Se indica reposo por 5 días.

Se otorga el presente certificado para ser presentado en su colegio.

Dra. Pamela Caro Recio
PEDIATRA
Especialista en Adolescencia
RUT 0.551.864-8 RCM 15200-1

DRA. PAMELA CARO RECIO

POLICLÍNICO DE ADOLESCENCIA

11/09/2025



Certificado

Nombre Paciente: **NS:JOHAN AGURTO MONTES, NR: FLORENCIA IGNACIA AGURTO MONTES**

Cédula de Identidad: **23336728-1**

El profesional del establecimiento TEMUCO HOSP., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar Gastroenteritis aguda. Se indica reposo por 5 días.

Se otorga el presente certificado para ser presentado en su colegio.


Dra. Pamela Caro Recio
PEDIATRA
Especialista en Adolescencia
RUT 9.551.864-8 RCM 18200

DRA. PAMELA CARO RECIO

POLICLÍNICO DE ADOLESCENCIA

22/ 09 / 2025



Certificado

Nombre Paciente: **NS:JOHAN AGURTO MONTES, NR: FLORENCIA IGNACIA AGURTO MONTES**

Cédula de Identidad: **23336728-1**

El profesional del establecimiento TEMUCO HOSP., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:

CONTROL CON DUPLA PSICOSOCIAL DEL PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO A LA IDENTIDAD DE GÉNERO. PAIG 09/12/2025

Se otorga el presente certificado a petición del paciente, para ser presentado en establecimiento educacional para los fines que éste estime conveniente.

Carolina Pañinao P.
Trabajadora Social
15.652.457-3

CAROLINA DENISSE PAÑINAO PAÑINAO

ASISTENTE SOCIAL


CONSTANZA CERDA ESTRADA

PSICÓLOGA

09 / 12 / 2025