



IV-B

Certificado

Nombre Paciente: **NS:MATIAS ALEXEI TORRES VALDEBENITO, NR: PASCAL YANINA TORRES VALDEBENITO**

Cédula de Identidad: **22502342-5**

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

Incongruencia de Genero

Trastorno del Animo

Dado reagudización de sus síntomas de base, se solicita otorgar reposo por al menos 3 semanas a partir de la fecha, ya que dificultades interpersonales en el colegio han sido el principal gatillantes.

Se otorga el presente certificado a petición del paciente, y para ser presentado en colegio

Agradeciendo su acogida

Se despide

Atte

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Dra. Christianne Zulic A". Below the signature, there is a block of smaller, cursive handwriting that appears to read "Psiquiatra infantil y adolescente", "Centro de Salud Mental", and "Casa de Salud CM 29,06/04".

CHRISTIANNE ZULIC AGRAMUNT

PSIQUIATRIA PEDIATRICA Y DE LA ADOLESCENCIA

03 / 09 / 2025