



S= A.

Certificado

Nombre Paciente: **JOSEFA ANTONIA CRISTINA MARTINEZ SALAZAR**

Cédula de Identidad: **24650115-7**

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

ESCOLAR CON OBESIDAD TALLA NORMAL CONSTIPACION CRONICA

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

SONIA SAEZ SANHUEZA

PEDIATRIA

03 / 06 / 2025