

SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR  
POLICLINICO SAN ANTONIO

**CERTIFICADO**

El Médico que suscribe certifica que el paciente Don (a) .....  
fue atendido en este policlinico y esta en reposo por ...3..... días.

desde 23/7/25

Lilian Fernández F.  
Pediatra  
Rut: 7.067.151-A

24 / 7

FECHA

NOMBRE Y FIRMA