



Certificado

Nombre Paciente: **SOFIA CAROLINA MAUREIRA VIELMA**

Cédula de Identidad: **24600535-4**

El profesional del establecimiento MIRAFLORES A.P.S., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:

1. DOLOR ABDOMINAL

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

Héctor Coriano Vargas
Médico Cirujano
Rut: 26.334.819-2

HECTOR CORIANO VARGAS

MEDICINA GENERAL

09 / 11 / 2022