

CERTIFICADO DE ATENCIÓN

El médico que suscribe, certifica haber

atendido a:

El médico qu

con el

Siguiente diagnóstico:

Bend Sin

Hyne D 04 21 06/04/23

del interesado.

Doy el presente certificado a pedido

Nombre y Firma del Médico

Dr. ALDO VOLPI FUNKE
Médico Pediatra
RUT: 8.378.365 - 6

Concepción, de de 2022