

**CERTIFICADO DE ATENCIÓN**

El médico que suscribe, certifica haber

atendido a:

*Yvonne Lizu*

con el

Siguiente diagnóstico:

*Isotemia*

*entre el 08/04/24 al 12/04/24*

Doy el presente certificado a pedido

del interesado.

Dr. ALDO VOLPI FUNKE

Médico Pediatra

RUT: 8.378.365 - 6

.....  
Nombre y Firma del Médico

Concepción, .....

*11*

de .....

*04*

de 20

*24*