

I. MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE
DIRECCIÓN ADMINISTRACIÓN DE SALUD

CERTIFICADO

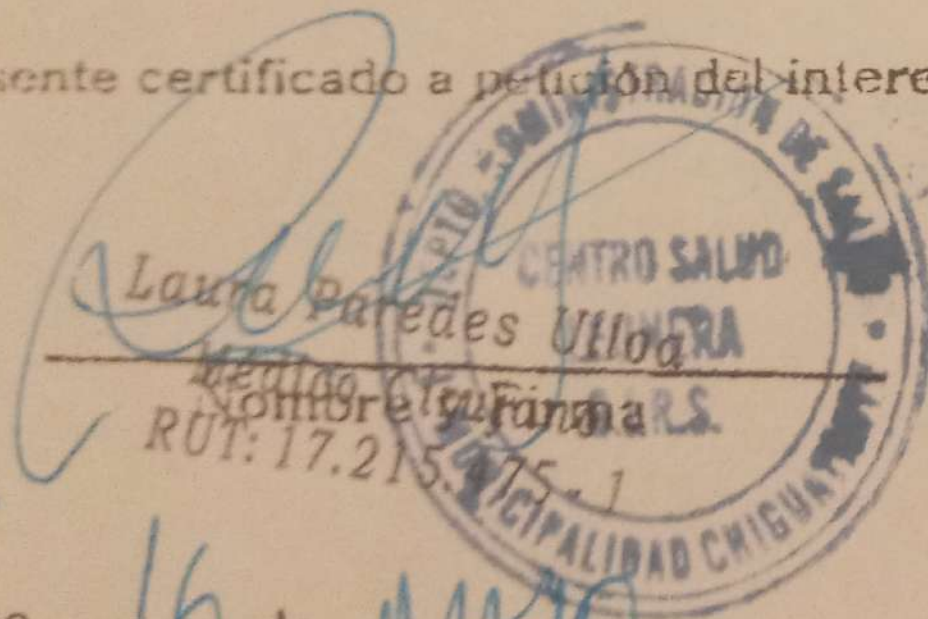
El medico que suscribe certifica haber atendido a:

107 *[Handwritten signature]*
[Handwritten signature]

Con el siguiente diagnóstico:

[Handwritten signature] SIDA IRA. —

Doy el presente certificado a petición del interesado.



Chiguayante, 16 de Mayo de 2022