

CERTIFICADO DE ATENCIÓN

El médico que suscribe, certifica haber

atendido a: *Constanza González Fátima* con el
Siguiendo diagnóstico: *Intestinal*

Doy el presente certificado a pedido

del interesado.

[Firma]
Dr. ALDO VOLPIFUNKE
Médico-Pediatra
RUT: 8.378.365 - 6

Nombre y Firma del Médico

Concepción, *18* de *11* de 20 *22*