

# CERTIFICADO DE ATENCIÓN

El médico que suscribe, certifica haber

atendido a: ..... Florencia Muñoz Arvalo ..... con el

Siguiente diagnóstico: ..... Asma .....


..... Asiste a evaluación médica hoy. .....

..... Se justifica además ausencias el 22/11/22 .....

x dismenorrea

Doy el presente certificado a pedido

del interesado.

  
Dra. Claudia Aguilante V.  
16.065/208-R  
Pediatra  
Nº Reg.: 209409

.....  
**Nombre y Firma del Médico**

Concepción, ..... 24 de ..... 11 ..... de 2022-