

## CERTIFICADO

Por medio del presente, el profesional que suscribe certifica haber atendido a

Nombre: Alexandro Zepeda Tapia

Edad: 18 años Posta Salud Rural: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: Gastroenteritis

Indicaciones: \_\_\_\_\_

Se extiende el presente Certificado, a petición del interesado para los fines que estime conveniente.

VICUÑA, 4 de Octubre del 2024

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

