



40 D

CERTIFICADO

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

Nombre: Alexandra Zepeda Topa

Edad: 18 e 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

