

CERTIFICADO

Certifico que el (la) paciente: Kattiel Zepeda Ponce,
ha sido atendido (a) en el **Servicio de Oftalmología** el día 28 de Septiembre de
2023, a las _____ horas, por la realización
de: Requerimiento por Zdu

Hospital Militar

Dr. Pablo Montecinos R.

Oftalmología

RUT: 16.091.966-3

FIRMA MÉDICO TRATANTE