

2-B



# CERTIFICADO DE ATENCION



El profesional que suscribe, certifica que el paciente:

*Señor Rosendo J. Jarama*

Fue atendido(a) el día *26.10.25* a las *11:00* hrs.

Por:

- |                                         |                                     |                                             |                                      |
|-----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> Médico | <input type="radio"/> Enfermera     | <input type="radio"/> Psicólogo(a)          | <input type="radio"/> Educ. Párvulos |
| <input type="radio"/> Odontólogo        | <input type="radio"/> Nutricionista | <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional | <input type="radio"/> TENS           |
| <input type="radio"/> Matrona           | <input type="radio"/> Kinesiólogo   | <input type="radio"/> Asistente Social      | <input type="radio"/> Otro           |

Diagnostico: *Ansiedad e insomnio*

Se otorga el presente certificado para ser presentado en:

Observaciones:

*heja x 15 días de*

*25.10.25*

*Dr. Eduardo E. Ariztia Arredondo*

*R.C.L.: 11.843.844-2*

*Médico Familiar*

*Nº Reg SIS: 69601*

FIRMA

*: me siento de est. de  
brecha no presente*