



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

Nombre: Akina yariu Godoy

Edad: 17 años - Posta Salud Rural: La Colina

Diagnóstico: obs: ITU

Indicaciones: Reposo x 1 día

acudir a urgencia S.O.S

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

VICUÑA, 24 de Septiembre del 2025

Camila R. Araya Cortés
19.648.104-4
Tens



NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL