

CERTIFICADO

3.E

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

Nombre :

Yobeli Angel Zamora Angel

Edad :

16

Posta Salud Rural :

Mapuche

Diagnóstico :

Faringitis

Indicaciones :

reposo x 2 dias
+ control S.O.S

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

VICUÑA,

1

de

10

del

2024

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

