

CERTIFICADO

3.E

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

Nombre : Yobelí Angel Zamora Angel

Edad : 16 Posta Salud Rural : Mapuress

Diagnóstico : Fariyitis

Indicaciones : reposo x 2 días
+ controles SOS

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



A handwritten signature in blue ink is written over a circular official stamp. The stamp contains the text "MUNICIPALIDAD DE VICUÑA" around the perimeter and "DEPARTAMENTO DE SALUD" in the center.