

## CERTIFICADO

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

Nombre: Kimberly Alcazapa

Edad: 17      Posta Salud Rural: Mequiza

Diagnóstico: Faringitis

Indicaciones: Reposo x 3 días

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

VICUÑA, 8 de 4 del 2024

  
NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL