

CERTIFICADO DE ATENCIÓN

El Profesional que suscribe, certifica que el (la) paciente:

CATALINA RISSETTI F.

Fue atendido (a) el día 9/10 2024 a las 8⁰⁰ horas. Por: Consulta Médica: ☒ , Consulta dental: ☐ , Otro: ☐

Diagnóstico:

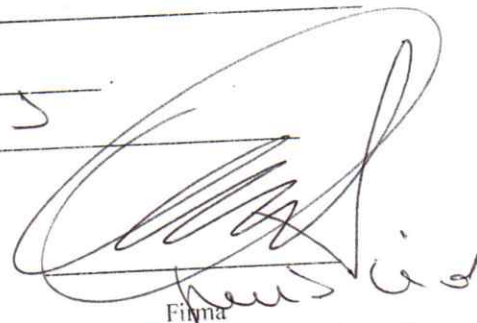
Reposo: 29 Días, desde: Hasta:

Se otorga el presente certificado para ser presentado en:

Colaps

Indicaciones:

Nota: Este certificado no es válido como Licencia Médica.


Firma