



## CERTIFICADO

2° D

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

Nombre :

Florencia Apurina Yañez

Edad :

15

Posta Salud Rural :

Mariposa

Diagnóstico :

Gastroenteritis

Indicaciones :

reposo x 3 días  
+ control médico S.O.S

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

VICUÑA, 26 de

08 del

2024

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL