



10

CERTIFICADO

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

Nombre: YETZIEL YOLANDA GONZALEZ

Edad: 15 años Posta Salud Rural: Cautín

Diagnóstico: ORZ 3 años gripal / Trasplante

Indicaciones: Reposo x 3 días + cuidados generales.
control 3 meses + Signo o Sím.

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

VICUÑA, 25 de mayo del 2004.


NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL
