

CERTIFICADO

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

Nombre: Analía Auña
Edad: 14
Posta Salud Rural:

Diagnóstico: Colitis AS

Indicaciones: reposo x 7 días

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

VICUÑA, 4 de 8 del 2025

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL