



CERTIFICADO

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

Nombre:

RUT.:

Diagnóstico:

Indicaciones:

Edad:

Posta de Salud Rural:

Drs. Bronquitis

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

Vicuña, 14 de

Julio

del

2025

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

Mónica Ramírez Araya
Técnico en Enfermería
12.941.602-5

