

CERTIFICADO

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

Nombre: Catalina Apurri

Edad: 15 Posta Salud Rural: Maquise

Diagnóstico: Ferisipitis

Indicaciones: reposo x 2 días

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

VICUÑA, 10 de 4 del 2025


NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL