

CERTIFICADO

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

Nombre: Heyla Rojas Pizarro

Edad: 15c Posta Salud Rural: _____

Diagnóstico: Estado gripal

Indicaciones: reposo 2 días 2 y 3 agosto

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

VICUÑA, 2 de agosto del 2025

JUAN ALIAGA CARVAJAL
AUXILIAR PARAMEDICO
REG. 9.677.184-2

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL