



CERTIFICADO

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

Nombre:

Kimberly Alcayaga Zolazar

Edad:

16

Posta Salud Rural:

Marquesa

Diagnóstico:

da. Ferinipitis

Indicaciones:

reposo x 3 días
+ control medrosos

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

VICUÑA,

30

de

3

del

2023

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL