

4B

MUNICIPALIDAD DE VICUÑA
DEPARTAMENTO DE SALUD VICUÑA



CERTIFICADO

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



Nombre: SAYRA pasten VARGAS

Edad: 17 años Posta Salud Rural: N. TALCUNA

Diagnóstico: Obs. I tu.

Indicaciones: Reposo por 10 días
Der. A médico para observación

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

VICUÑA, 08 de Marzo del 2024.

NICOL MEJANDRA S. U.

RUT 18.398.038-6

TENS

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

(3)