



CERTIFICADO

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

Nombre: Aylin Núñez Cortes

Edad: 14a Posta Salud Rural: _____

Diagnóstico: Cefalea

Indicaciones: Paracetamol c/8 hrs x3 días
Reposo por 1 día

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

VICUÑA, 29 de Mayo del 2025

Maria F. Noramuela Carvajal
Rut: 19.738.727-0

Tens

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL