



CERTIFICADO

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

Nombre: Catalina Aguirre González

Edad: 15 años

Posta Salud Rural: Pinchis

Indicaciones: reposo x 7 días

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

VICUÑA, 21 de 7 del 2025



NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL