

CERTIFICADO

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

Nombre: Palomo olguin

Edad: 160 Posta Salud Rural: _____

Diagnóstico: obs. colitis

Indicaciones: Reposo x el dia + Regimen Liviano +
Tratamiento abundante en liquido

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

VICUÑA, 06 de octubre del 2015.



NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL