

MUNICIPALIDAD DE VICUÑA  
DEPARTAMENTO DE SALUD VICUÑA



2c

## CERTIFICADO

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

Nombre: Kecile Rojas Pizango

Edad: 15a Posta Salud Rural: \_\_\_\_\_

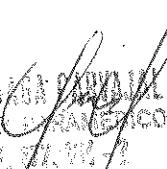
Diagnóstico: Virus respiratorio



Indicaciones: \_\_\_\_\_

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

VICUÑA, 2 de Octubre del 2023.

  
JUAN ALFONSO VIDAL  
M.R.P. M.R.P.

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

(( ))