

## CERTIFICADO

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

Nombre : Scarlett Fabrepa Caldina  
Edad : 17 Posta Salud Rural: Moravise  
Diagnóstico : Faringitis

Indicaciones : reposo ix 3 dia  
+ control medico s.o.s.

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

VICUÑA 20 de 08 del 2024

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

