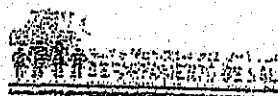


4-B-

MUNICIPALIDAD DE VICUÑA
DEPARTAMENTO DE SALUD VICUÑA



CERTIFICADO

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

Nombre: Sayra Paster VARGAS

Edad: 17 Posta Salud Rural: Nueva Talca

Diagnóstico: Obs. Colico Abdominal / Síndrome
Dianético / encefalitis / meningitis

Indicaciones: Repos. por 10 días, Regimen de
Humidificación, antídotos

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

VICUÑA, 22 de Marzo del 2014



NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL