

CERTIFICADO DE CONSULTA MÉDICA

El médico que suscribe certifica que don(ña)

RUN:

asistió el día

29 Mayo al Centro de Salud

El presente certificado es extendido por el interesado para ser presentado en

Nombre y firma profesional

Felipe Gutiérrez Duarte

CIRUJANO DENTISTA

13.669.266-6

La Serena

20.5.24