

CERTIFICADO

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

Nombre: Valeria Caniffo
RUT.: 22.544.804-3 Edad: 17
Posta de Salud Rural: Puerto deuco

Diagnostico: Control materno

Indicaciones: _____

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

Vicuña, 05 de Ago del 2025.

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL
Valeria Caniffo Catalán
MATRONA
19.710.744-8