

CERTIFICADO

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

Nombre :

Scarlett Fabrega Calderon

Edad :

17.

Posta Salud Rural :

Mampulsa

Diagnóstico :

Faringitis

Indicaciones :

reposo x hay +
control 5-05.

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

VICUÑA, 12 de

9

del

2024

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

