

MUNICIPALIDAD DE VICUÑA
DEPARTAMENTO DE SALUD VICUÑA



CERTIFICADO

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

Nombre: fernanda Rojas Rojas

Edad: 12 años Posta Salud Rural: La Calera

Diagnóstico: acude a control mensual
Sanguíneo

Indicaciones: _____

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

VICUÑA, 17 de abril del 2025.

[Firma]

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL