

CERTIFICADO

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

Nombre: Francisca Pizarro Plaza

Edad: 18

Posta Salud Rural: El Molle

Diagnóstico: Colitis

Indicaciones: Deposo en domicilio x 2 días
desde 27-08-2025 al 28-08-2025

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

VICUÑA, 28 de Agosto del 2025


Bárbara Manríquez Santibañez
18.217.372-K
TENS

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL