



CERTIFICADO DE CONSULTA MÉDICA

2-3

El médico que suscribe certifica que don(ña)

Alicia Refaua Roa

RUN: *23.288-073-2* asistió el dia

Febrero 22/0

al Centro de Salud

Porto Alejandro

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

*Al vecindario
escolar -*

Nombre y firma profesional

Felipe Gutiérrez Duarte

CIRUJANO DENTISTA



13.669.266-6

La Serena: *22/01/25*