

MUNICIPALIDAD DE VICUÑA
DEPARTAMENTO DE SALUD VICUÑA



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

Nombre: Aylen Rojas Araya

Edad: 16a Posta Salud Rural: La Calera

Diagnóstico: Gestación Mono Somno 6 meses de su
hija Materna.

Indicaciones: _____

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

VICUÑA, 27 de Noviembre del 2025.

Paulina Rojas Retamal
R.U.T. 17.174.452-0
ENFERMERA

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL