

4-A

CERTIFICADO

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

Nombre :

Romine Zapata Ochoa

Edad :

18

Posta Salud Rural :

Marpese

Diagnóstico :

Faringitis

Indicaciones :

reposo x 2 días
+ control médicos

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

VICUÑA,

23

de

9

del

2029

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

