

4-A

## CERTIFICADO

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

Nombre : Romina Zepeda Ondinas  
Edad : 16 Posta Salud Rural : Mapoquense  
Diagnóstico : Faringitis

Indicaciones : reposo x 2 díes  
+ 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

