

CERTIFICADO

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

Nombre: Damaris Jaime Pizarro

Edad: 165 Posta Salud Rural: Certam SIC

Diagnóstico: Control Adolescente.

Indicaciones: _____

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

VICUÑA, 15 de Octubre del 2021,-



NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL