



CERTIFICADO DE ATENCION

El profesional que suscribe, certifica que el paciente:



1A

Francisca Yáñez Silva

Fue atendido(a) el día 8-5-25 a las 9:300 hrs.

Por:

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> Medico | <input type="radio"/> Enfermera | <input type="radio"/> Psicólogo(a) | <input type="radio"/> Educ. Párvulos |
| <input type="radio"/> Odontólogo | <input type="radio"/> Nutricionista | <input type="radio"/> Terapeuta | <input type="radio"/> TENS |
| <input type="radio"/> Matrona | <input type="radio"/> Kinesiólogo | <input type="radio"/> Asistente social | <input type="radio"/> Otro |

Se otorga el presente certificado para ser presentado en:

Est. Escolar.

Observaciones:

Reposo x 4 días

Fernanda Canales H.
Médico Cirujano
22.721.958-0



FIRMA