

CERTIFICADO

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

Nombre : Dominic Zapata Ordóñez
Edad : 18 Posta Salud Rural : Maguase
Diagnóstico : Bronquitis

Indicaciones : reposo x 2 días
+ control s. os.

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

VICUÑA, 26 de 9 del 2024

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL