

CERTIFICADO

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

Nombre: Patricia Campana Ortiz

Edad: 13 Posta Salud Rural: Ma. Talca

Diagnóstico: Obs. faringitis

Indicaciones: Dednisone Amp + Ibuprofeno
9/10ml repeto x 3 días

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

VICUÑA, 06 de junio del 2025

Maria F. Norambuena Carvajal
Rut: 10.739.727-0

Tens
NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL