



# C E R T I F I C A D O



Suscribo y certifico haber atendido a \_\_\_\_\_

*Fernanda Cordero Umutia*

Indicación *neperno en domicilio por 7 días*

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

*Cristóbal Carrasco Cisternas*  
Médico Cirujano  
18.022.510-2

\_\_\_\_\_