



C E R T I F I C A D O



Suscribo y certifico haber atendido a _____

Fernanda Carter VMutia

Indicación _____ reposo 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