

CERTIFICADO

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

Nombre: Francisco Pizarro Ruiz

Edad: _____ Posta Salud Rural: EL MOLE

Diagnóstico: _____

Indicaciones: ASISTIR A Control K04

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

VICUÑA, 18 de 11 del 2013,-

Dr. Esteban Carmona Castillo
MEDICO CIRUJANO
18.317.840-4

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

