



CERTIFICADO

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

Nombre: Francisco Pilzoro Paza

Edad: _____ Posta Salud Rural: El Molle

Diagnóstico: _____

Indicaciones: ASIDE A Control Pys

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
18.317.040

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

