



CERTIFICADO

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

Nombre: Sayra Pesten

Edad: 17 Posta Salud Rural: Marquesa

Diagnóstico: otitis

Indicaciones: reposo x 3 días
+ control 1 mes ó opport.

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

VICUÑA, 11 de 8 del 2024

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

