



El profesional que suscribe, certifica haber atendido a Don (a) Don Juan Carlos el
cual fue atendido por: Medico X, Enfermera , Nutricionista , Asistente Social , Matrona
Vacunatorio , Toma de muestra , Tratamiento , otro

Se indica

Se otorga el presente certificado a petición del interesado(a), para ser presentado en: Trabajo
Escuela _____ Universidad ☒ Otro Centro Educativo

Fecha: 12 / 2 / 18

Sahily Noy Iglesias
Tel: 14.756.231-4
Médico Cirujano

Firma Y Timbre