

Nombre: Catalina Figueroa Ogalde
Edad: _____ C. Identidad: 19689794-1
Domicilio: _____

Rp.

Certifico haber atendido
a la paciente por un
cuadro de Dismenorrea
severa, indicando
analgésicos y reposo
por 24 horas

Atte

7/12/2018

