

CERTIFICADO

El profesional que suscribe, certifica haber atendido a Don (a) Melissa Parra Alvarez el
cual fue atendido por: Medico___, Enfermera___, Nutricionista___, Asistente Social___, Matrona___
Vacunatorio___, Toma de muestra___, Tratamiento___ dental___ otros___

Se indica

Control Ginecología

Se otorga el presente certificado a petición del interesado(a), para ser presentado en: Trabajo___,
Escuela___, Universidad___ otro___

Fecha:

08/10/19.


Firma y Timbre