

CERTIFICADO

El paciente,

Sr. (a).....

Katarina Oyante Del

Rut: *21011746-6*....., fue atendido en

nuestro Centro Médico, por el Dr. (a)

Franco Valenzuela..... para una

evaluación oftalmológica el día *18/4/22*.....

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

Salida :.....*15:00*.....

Instituto de Oftalmología
Dr. David Bitrán
RUT: 76.184.313-3

Timbre Institucional