

CONSULTORIO: _____

CERTIFICADO MÉDICO

El Médico que suscribe, certifica haber examinado personalmente a don (a) _____
Sofia Albauen Carrillo RUT.: 24.622.900-7

Quien se encuentra en:

Buenas Condiciones de Salud
 Reposo Por: _____ días, con Diagnóstico de: _____

*Ismael Medrano
acudir a control en Cesfam Pueblo Nuevo.*

Se extiende el presente certificado a petición del interesado (a) para ser presentado en:

Prioridencio



*Maria Antonieta Valencia Rubilar
18.373.510-1
Médico Cirujano*

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 12/Noviembre/2024