



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO: _____

CERTIFICADO MÉDICO

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

Quien se encuentra en:

☐ Buenas Condiciones de Salud

☐ Reposo Por: _____ días, con Diagnóstico de: Isuna Madurada
acudió a control en Cesfam Pueblo Nuevo

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

Providencia



Maria Antonieta Valencia Rubilar
18.373.510-1
Médico Cirujano

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 12/noviembre/2024