



MUNICIPIO CIUDADANO  
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO:

Sembresar

7ºA.

## CERTIFICADO MÉDICO

El Médico que suscribe, certifica haber examinado personalmente a don (a) \_\_\_\_\_

Mra. Conchita Monfueo. RUT.: 23 527054-4

Quien se encuentra en:

☐


Buenas Condiciones de Salud

☐

Reposo Por: 5 días, con Diagnóstico de: Cefalea.

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

A quien fue atendida.

  
Nombre y Firma del Médico

Temuco, 14/04/05-