

6^{ta}



MUNICIPALIDAD DE
TEMUCO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO: CPN

CERTIFICADO MÉDICO

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

LORENA MONTEÑOS

RUT.: 23.509.497-5

Quien se encuentra en:

Buenas condiciones de salud

Reposo por: _____ días, con diagnóstico de: ASMA

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

ASISTIÓ A CONTROL SACA IRA



Temuco, 06.10.22