

6ºA

CONSULTORIO: CPN

CERTIFICADO MÉDICO

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

LORENA MONTECINOS 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 SALA IRA



Temuco, 06.10.22

Nombre y Apellido del Médico