



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO: _____

CERTIFICADO MÉDICO

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

Fernanda Abuter Romero RUT.: 23.264.974-7

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☐

Reposo Por: _____ días, con Diagnóstico de:

Asma leve
acudió a control en Cesfam Puesto Nuevo

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

Colegio Providencia



René Rivas Valdebenito
11.805.174-2
Kinesiólogo

Nombre y Firma del Médico

Temuco, _____

10 / marzo / 2025.