



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO:

Cecof LA

II^{da}

CERTIFICADO MÉDICO

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

Celeste molina parra RUT.: 23103949-1

Quien se encuentra en:

☒ Buenas Condiciones de Salud

☐ Reposo Por: _____ días, con Diagnóstico de: acude.

a control adolescente.

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

Institución Educativa.
Colegio Providencia



BELEN ARZOLA ARZOLA
RUT 20.366.948-6
MATRONA

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 24 / 10 / 25