

Señor

CONSULTORIO Pueblo Nuevo.

CERTIFICADO MEDICO

El Médico que suscribe haber examinado personalmente a don(a): Josefa
Catalina Palma Camilo. RUT: 23.812.765-3.

Quien se encuentra en:



Buenas condiciones de salud



Reposo por: _____ días, con diagnóstico de: Asma bronquial

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

Colegio. por Espirometría en Sala IRA
CESFAM PN.

Temuco, 17 junio 2022.

Nombre y Firma del Médico

