



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

7ºB

CONSULTORIO: SAR 1b2.

CERTIFICADO MÉDICO

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

Antonella Pasmiño R. RUT.: 24170954-K

Quien se encuentra en:



Buenas Condiciones de Salud



Reposo Por: 1 días, con Diagnóstico de: _____

Faringo amigdalitis.

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

Su colegio.



Dr. Javier Huilcan Mena
19.476.517-7
Médico Cirujano

Nombre y Firma del Médico

Temuco,

01-07-2025