



IA.

CONSULTORIO: _____

CERTIFICADO MÉDICO

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

Mariela Orlitz Ruiz RUT: 22446928-4

Quien se encuentra en:

Buenas condiciones de salud

Reposo por: 5 días, con diagnóstico de:

Agudeza

Rufina Angulo

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

A su vez convengo

Juan José Villaseca M.
Medicina General
0992002245

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 16.8.22