



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

6-A

CONSULTORIO: Lara

CERTIFICADO MÉDICO

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

Sofía Oliva Reffes.

RUT: 24.464.662-K

Quien se encuentra en:

(Fecha de Inicio 26/05/25)

Buenas Condiciones de Salud

Reposo Por: 14 días, con Diagnóstico de: Hipertensivo
de estreñimiento, celulitis.

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

Donna Estrella Alcedesmo

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

Temuco, 06/06/25