



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO: 6-A

CERTIFICADO MÉDICO

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

Sofía Oliva Reyes. RUT.: 24.464.662-K

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☒

Reposo Por: 14 días, con Diagnóstico de: Hipertensión

en estado y Celulitis.

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

Donna Estrella Alvarado

Dr. Beatriz Alca Castañeda
Médico General
25.738.025-6

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 06/06/25