



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO:

6^a f.
Sta Rosa

CERTIFICADO MÉDICO

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

Ahyroa Gallegos Contreras RUT.: 14533753-9

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☒

Reposo Por: 03 días, con Diagnóstico de: Bursitis

de ambas Rodillas

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

su Colegio

Dra. Fca. Morales Del Rosario
Médico Cirujano
C.R.: 21.165.394-1
R.M.: 29649-K

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 07 Mayo 2025