



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO:

7ºA.
De Rosa

CERTIFICADO MÉDICO

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

Florencia Gaitan M. RUT.: *24245224-0*

Quien se encuentra en:

☐

Buenas condiciones de salud

☒

Reposo por:

3

días, con diagnóstico de:

gastroenteritis

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

su colegio

Francisca Leiva Shene
18.155.851/2
Médico General

Nombre y Firma del Médico

Temuco,

24 / 03 / 25