



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO: _____

3A.

CPR

CERTIFICADO MÉDICO

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

Héctor Armando Alarcón RUT: 24.989.925-9

Quien se encuentra en:

Buenas Condiciones de Salud

Reposo Por: 7 días, con Diagnóstico de: _____

Bonafontis Aguila

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

Dr. Héctor Bonafontis Aguila
Rut: 26.159.966-K

Nombre y Firma del Médico

Temuco,

29 - 07 - 24