

CONSULTORIO: Pueblo Nuevo

CERTIFICADO MÉDICO

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

Sofia Albornoz

RUT.: 246227007

Quien se encuentra en:

Buenas Condiciones de Salud

Reposo Por: 1 días, con Diagnóstico de: Anafilaxis. Anorexia

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

Dra. Eg. YS. Latorre

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 30-04-21