

CERTIFICADO MEDICO

El Médico que suscribe haber examinado personalmente a don(a): Sofía

Albarán Carrillo RUT.: 24.622.900-7

Quien se encuentra en:

Buenas condiciones de salud

Reposo por: _____ días, con diagnóstico de: Asma Crónica
con episodios frecuentes.

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

Su Colegio Providencia



CONCEPCION

Temuco,

22/06/22