

## CERTIFICADO MEDICO

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



Temuco, 22/06/22

CONCEPCION