



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO:

2^aA

Amoeller.

CERTIFICADO MÉDICO

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

Rafaelo Auna Ferrocé RST: _____

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☒

Reposo Por: 05 días, con Diagnóstico de: _____

Herida de Antebrazo Infectado

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

su colegio

Dr. José Bravo Burgos
Médico Cirujano
Rut: 9.774.341-K RCM 24696-4

Nombre y Firma del Médico

Temuco,

11 Mayo 2024

Indicaciones al alta

INDICACIONES AL ALTA

CURACION CADA 2 DIAS EN SU CONSULTORIO
CONTROL EN POLICLINICO DE PERSISTIR LA SINTOMATOLOGIA
CONTROL SAPU AMANECER DE SER NECESARIO

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14210802)

JOSE ISAFOR BRAVO BURGOS
MEDICO APS
9774341-K

Dr. José Bravo Burgos
Médico Cirujano
Rut: 9.774.341-K RCM 24696-4

LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 7777 Profesionales de la salud atendiendo sus dudas las 24 horas, los 7 días de la semana.

La Hipótesis diagnóstica o diagnóstico es provisoria, pues puede sufrir alteraciones debido a la evolución de la condición del consultante, si las molestias persisten o aumentan, debe recurrir de inmediato a la atención médica.