

CONSULTORIO: Amanecer.

CERTIFICADO MÉDICO

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

Rafaelo Huño Fernández.

RUT: _____

Quien se encuentra en:

Buenas Condiciones de Salud

Reposo Por: 05 días, con Diagnóstico de: _____

Hernia de Anteombro Infectada

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

Su colección

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

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 11 Marzo 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