



MUNICIPIO CIUDADANO  
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO: \_\_\_\_\_

## CERTIFICADO MÉDICO

El Médico que suscribe, certifica haber examinado personalmente a don (a) Aylen Regle Caemano  
RUT.: 25.525.957-1

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☐

Reposo Por: \_\_\_\_\_ días, con Diagnóstico de: Asma Moderada

acudir a control en Asma Pecho Nuevo.

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

Colegio Providencia



René Rivas Valdebenito  
11.803.1742  
Kinesiólogo

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 14/7/2025