



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO:

Ha Rosa

3^a A-

CERTIFICADO MÉDICO

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

Gamero Viveros Lizama RUT.: *25 665 673 - 6*

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☒

Reposo Por:

3

días, con Diagnóstico de:

gastroenteritis

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

su colegio.

Francisca Leiva Shene
18.105.4651-2
Médico General

Nombre y Firma del Médico

Temuco,

10 / 03 / 25