



MUNICIPIO CIUDADANO  
DEPARTAMENTO DE SALUD

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

1º A. ✓

## CERTIFICADO MÉDICO

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

Alia Quiñez Hernandez RUT.: 26.015.552-N

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☒

Reposo Por: 5 días, con Diagnóstico de: \_\_\_\_\_

Virus

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

Desde que me comiente

Dra. Katuska Suriaga Ramirez  
Rut 21158573-7

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 18/03/24