



MUNICIPIO CIUDADANO  
DEPARTAMENTO DE SALUD

1<sup>o</sup> A.

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

## CERTIFICADO MÉDICO

El Médico que suscribe, certifica haber examinado personalmente a don (a) \_\_\_\_\_  
Hilia Quiñez Hernandez \_\_\_\_\_ RUT.: 26.015.552-N

Quien se encuentra en:

- Buenas Condiciones de Salud
- Reposo Por: 5 días, con Diagnóstico de: \_\_\_\_\_  
Vírosis

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

Donde estime conveniente

Dra. Kathinka Suriaga Ramírez  
Rut 21150575-7  
Nombre y Firma del Médico

Temuco, 18/03/2014