



IB

MUNICIPALIDAD  
DE VILCÚN  
DEPARTAMENTO DE SALUD

## Certificado

El Médico que suscribe certifica haber asistido profesionalmente al (al) paciente:

*María Escalona Guille.*

*27 452 382-1*

Edad *14* años.

Quién debe permanecer

- Sin actividad física durante *4* días.  
 En reposo en su hogar durante *3* días.

Acontar del *26* de *Abril* de *2022*

por la siguiente causa:

*Niño festejando Viral*

Se extiende el presente certificado para ser presentado en:

*Establecimiento educacional*

*Promoción - Temuco -*

*Dra. Catalina Oyarzun M.*  
*Médico Clínico*  
*19.290.913-9*

Fecha *27 04 22.*

Nombre y Firma Médico tratante