



MUNICIPIO CIUDADANO  
DEPARTAMENTO DE SALUD



8-17

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

## CERTIFICADO MÉDICO

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

Samantha D. Illanes

RUT.: 233809128

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☒

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

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

Desde 19-03-24

Hasta 21-03-24

Nombre y Firma del Médico

Temuco, \_\_\_\_\_

21-03-24