



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO: _____



8-07

CERTIFICADO MÉDICO

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

Samantha Trillohuz _____ 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:

Entrus 19-03-24 Hasta 21-03-24

Dra. Paola Salazar M.
Médico
Cédula: 16511570-5
Tel: 95940

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 21-03-24