



N°A

11.80.

CONSULTORIO

Villa Alegre

## CERTIFICADO MEDICO

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

Carla Matos Arriagada R.U.T.: 21.466.637-5

Quien se encuentra en:

Buenas condiciones de salud

Reposo por: \_\_\_\_\_ dias, con diagnóstico de: \_\_\_\_\_

Control Programa Salud Mental

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

Colegio Providencia

Programa Salud Mental  
CESFAM Villa Alegre  
Temuco

Daniel Sánchez  
Nombre y Firma del Médico  
Psicólogo

Temuco, 13/04/2022

 Impreso del Ssn - Concepción