

N[°]A

11.50.

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: _____ días, 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

Diego Sotomayor
Nombre y Firma del Médico
Psicólogo

Temuco,

13/04/2022