



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO: _____

8e A

CERTIFICADO MÉDICO

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

Valentino Freder Perez RUT.: 23245 065-7

Quien se encuentra en:

☒ Buenas Condiciones de Salud

☐ ~~Reposo Por:~~ _____ días, ~~con Diagnóstico de:~~ Se cambia hora

control para prox semana. Se informa de dicha
Situación 8:45 hrs.

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

Donde estime conveniente.

Matrona
Camila Silva Squiffi
RUT: 17.890.155-9

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 17/04/25.