



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

8º A

CONSULTORIO: _____

CERTIFICADO MÉDICO

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

Valenino Freder Perez, RUT: 23245 065-7

Quien se encuentra en:

Buenas Condiciones de Salud

Reposo Por: _____ días, con Diagnóstico de: Se combia hora

control para prox semana. Se informa de dicha
situacion 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

Matilde
Nombre y Firma del Médico

Temuco, 17 Nov/25.