



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO:

P. Nuevo

NA.

CERTIFICADO MÉDICO

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

Agustín Moreno Navarro RUT.: 26635551-3

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☒

Reposo Por: 2 días, con Diagnóstico de: _____

Rinofaringitis aguda

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

Colegio Providencia

Dr. Ricardo Cifuentes A.
Médico General
16.997.029-7

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 03-04-25