



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO:

Pueblo Nuevo

CERTIFICADO MÉDICO

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

Barbara Munoz

RUT.: 2324123

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☒

Reposo Por: 03 días, con Diagnóstico de: _____

Otitis media no supurativa

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

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 21-04-25