



CONSULTORIO: _____

1A.

CERTIFICADO MÉDICO

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

Rúa Vallejos San Martín RUT.: 26.654.928-8

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☒Reposo Por: 4 días, con Diagnóstico de: _____Rinofaringitis Aguda

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

Colegio Providencia

Dra. Camila Fernández Ch.
Médico Cirujano
Tel: 19 821 844-8
RUT: 55773-0

Nombre y Firma del Médico

Temuco, _____

30 / 05 / 25