



SOB

## Certificado

Nombre Paciente: **ROMINA FRANCISCA DENIS MILLAPAN  
CHIHUAHUEÑA**

Cédula de Identidad: **23489499-4**

El profesional del establecimiento CESFAM METODISTA, que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar: VIROSIS RESPIRATORIA

Por lo tanto debe realizar reposo en casa desde el 06/08/2025 hasta el 08/08/2025.

Se otorga el presente certificado a petición del paciente, y para los fines que éste estime conveniente.

Centro de Salud Familiar  
Metodista  
Raquel Muñoz Salgado  
Rut: 18.196.818-4  
Médico Cirujano

**RAQUEL KARIN MUÑOZ SALGADO**

MEDICINA GENERAL

05 / 08 / 2025