



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO:

P. Nuevo

CERTIFICADO MÉDICO

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

Emilia Arias Gonzalez

RUT.: 22.518.580-8

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☒

Reposo Por: 5 días, con Diagnóstico de: _____

Bronquitis 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, _____

11-6-25