



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

5A.

CONSULTORIO: SAPU SR.

CERTIFICADO MÉDICO

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

Consuelo E Pul del Rio. RUT.: 24.009.002-3.

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☒

Reposo Por: 10 días, con Diagnóstico de: _____

Bronquitis Aguda.

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

Dra. Nicole Medina V.
C.C. 19.305.798-5
Médico

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 26/08/24.