



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO:

5^a A ✓
Los Quilbo

CERTIFICADO MÉDICO

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

Josephina Flores Mohor RUT.: 24.615.264-0

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☒

Reposo Por: 1 días, con Diagnóstico de: Dolor

Abdominal

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

el Colegio

DRA. JOHANNATALYS PÉREZ D.
MÉD CO CIRUJANO
RUT. 27.054.879-2

Nombre y Firma del Médico

Temuco,

20/04/2025