



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

Consultorio:

CPN

40A

CERTIFICADO MÉDICO

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

Millaray Olave RUT: 25 25 2502 -3

Quien se encuentra en:



Buenas condiciones de salud



Reposo por 3 días, con Diagnóstico de: _____

Porcentaje por Neoplasma des.

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

Colegio Provincial

Dr. Mario González
27 398.694-4
Médico Cirujano

Nombre y Firma del Médico

Temuco,

09.11.25.