



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

Consultorio:

Pueblo Nuevo

B^oB

CERTIFICADO MÉDICO

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

Mano Jorge Man RUT.: 23.803.124 p

Quien se encuentra en:

☐

Buenas condiciones de salud

☒

Reposo por 10 días, con Diagnóstico de: Asma en estudio

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

Dra. Elis Salazar Mosqueda
26.544.570-5
Médico General

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 7-1-25