



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO: _____

CERTIFICADO MÉDICO

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

Constanza Zumbano RUT.: 24.124.823-G

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☒

Reposo Por: 1 días, con Diagnóstico de: Bronquitis, Cepalea

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

Dr. Dawins Choul
Médico general

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 14/05/24