



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

SALA IRA
CESFAM Pedro de Valdivia

Nº A ✓

CONSULTORIO: _____

CERTIFICADO MÉDICO

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

Antonella Betancourt Rojas RUT: 26.441.148-3

Quien se encuentra en:

- Buenas Condiciones de Salud
- Reposo Por: _____ días, con Diagnóstico de: Control
Sala IRA, Asra.

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

Colegio

EDUARDO RODRIGUEZ
Kinesiólogo
15.985.689-2

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 10/06/2025