



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

SALA IRA
CESFAM Pedro de Valdivia

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, Asma.

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

Colegio.

EDUARDO RODRIGUEZ J.
Kinesiólogo
15.985.988-2

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 10/06/2025