



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO: _____

✓ 12A

CERTIFICADO MÉDICO

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

Agustina Moreno Navarro. RUT.: 26.635.551-3
Desde 7/4/25 hasta 9/4/25.

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☐

Reposo Por: _____ días, con Diagnóstico de:

Bronquitis aguda
acudido a KTR en Cesfam Pueblo Nuevo

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

Colegio Providencia



Nombre y Firma del Médico

Temuco, _____

7/abril/2025.