

Vasquez Parra 2-IB.

IB



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO: Santos Rosa

CERTIFICADO MÉDICO

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

Valentina Vasquez Parra RUT.: 23 502492-6

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☐

Reposo Por:

5

días, con Diagnóstico de:

faringitis

Aguda

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

Algunos Con Venen

Nombre y Firma del Médico

Temuco,

03/11/20