

CERTIFICADO MÉDICO

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

Cristhy Rocha Conzalez RUT.: 27.522.640-8

Quien se encuentra en:

☐

Buenas condiciones de salud

☒

Reposo por 14 días, con Diagnóstico de: _____

Trastorno de Adaptación

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

- Colegio Providencia

Temuco, 02/06/2015

Nombre y Firma del Médico

Cristian Roig Barria
Médico Cirujano
RUT. 17.472.655-6