



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO: _____

19A

CERTIFICADO MÉDICO

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

Mia Vallejos San Martin RUT.: 26654928-8

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☒

Reposo Por: 2 días, con Diagnóstico de: _____

Gastroenteritis Aguda.

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

Colegio


Dra. Camila Farfán C.
Médico Cirujano
Rut: 19.821.844-8
RCM: 55773-0

Nombre y Firma del Médico

Temuco, _____

24/07/25