



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO: _____

CERTIFICADO MÉDICO

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

Lorene Montecino Figueroa RUT.: 23-509-497-5

Quien se encuentra en:

☐ Buenas Condiciones de Salud

☐ Reposo Por: _____ días, con Diagnóstico de: Agua Insuficiente
acudió a control en la farm. Pueblo Nuevo.

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

Colegio Providencia.



René Rivas Valdebenito
11.805.174-2
Kinesiólogo

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 14/agosto/24.