



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO:

PaeU.

80B

CERTIFICADO MÉDICO

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

Trinidad Perez Sandoval RUT.: *23.557.306-7*

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☒

Reposo Por: *5* días, con Diagnóstico de: *Dismenoreas +*

metrorragia disfuncional

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

su establecimiento educacional

Manuela Casanueva Vásquez
18.198.602
Matrona

Nombre y Firma del Médico

Temuco, *30/9/25.*