



MUNICIPIO CIUDADANO  
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO:

102A

8° B.

## CERTIFICADO MÉDICO

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

Amis Wovoa Aro

RUT.: 23.272.146-3

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☒

Reposo Por:

3

días, con Diagnóstico de:

Constipación

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

Dra. Beatriz Alea Castro



Dra. Beatriz Alea Castro  
26.735.025-8  
Médico General

Nombre y Firma del Médico

Temuco,

26/11/24