

MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

2 do

Consultorio: Puerto Nuevo

CERTIFICADO MÉDICO

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

Pia leiva riano

RUT.: 25.962805-9

Quien se encuentra en:

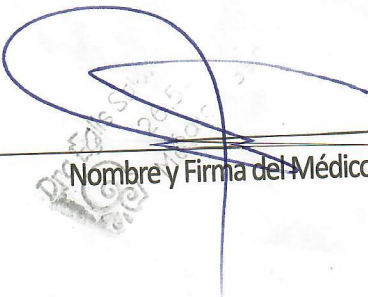
☐

Buenas condiciones de salud

☒

Reposo por 10 días, con Diagnóstico de: Brucelosis

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


Nombre y Firma del Médico

Temuco, 14-11-25