



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO:

P. Nuevo

1-A

CERTIFICADO MÉDICO

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

Agustina Lidora de Benito Navarro

RUT.: _____

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☒

Reposo Por: 05 días, con Diagnóstico de:

Rinofaringitis Aguda y Asma

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

Colégio Providencia

Dr. Elizabeth Acosta Pérez
Especialista en Medicina Familiar
14.617.955-K
RUT. 73590-3

Nombre y Firma del Médico

Temuco,

30/05/2025