



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO:

II°B
Ja Ros

CERTIFICADO MÉDICO

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

Martine Leon Vega RUT.: *22890889-8*

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☒

Reposo Por: *4* días, con Diagnóstico de: *Virusis*

Respirator

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

Ernesto E. Escobar

G. P. J.
Nombre y Firma del Médico

Temuco, *22-7-2025.*