



MUNICIPIO CIUDADANO  
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO:

8° A  
9:57.  
P. Nuevo

## CERTIFICADO MÉDICO

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

Lorena  
Montealeano Figueroa RUT.: \_\_\_\_\_

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☐

Reposo Por: \_\_\_\_\_ días, con Diagnóstico de:

Rinitis

alérgica

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

colegio

Dr. Carlos Herrera C.  
Médico de Familia  
Rut: 9.950.598-2

Nombre y Firma del Médico

Temuco,

2/10/24