

## CERTIFICADO MEDICO

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

Mtra Paola Ovalle Suárez RUT: 25.961.320-5

Quien se encuentra en:

Buenas condiciones de salud

Reposo por: 2 dias, con diagnóstico de: 22/08 al 25/08  
Virus Respiratorio Afebril

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

A quien puede interesar

22 AGO. 2024



Nombre y Firma del Médico

Temuco, \_\_\_\_\_

CONCEPCION