



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO: CPU

IB

11:06

CERTIFICADO MÉDICO

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

Matilda Cabezas Sofanny RUT: 23.172.439-7

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☐

Reposo Por: _____ días, con Diagnóstico de: Control Salud

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

Dra. Johanna Garrido
Médico Cirujano
Rut: 26.002.043-9
S.I.S: 635934

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 29/08/2022