



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO:

50A
Cecof Lr Quilms

CERTIFICADO MÉDICO

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

Josefina Flores

RUT.: 24.615.264-0

Quien se encuentra en:



Buenas Condiciones de Salud



Reposo Por: _____ días, con Diagnóstico de: _____

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

Colegio para justificación de inasistencia
debido a control psiquiátrico el
día de hoy 17/10/25.

Carolina Alvear Aránguiz
18852501-6
Psicóloga

Nombre y Firma del Médico

Temuco,

17/10/25