



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO: 40A. CESFAM Pueblo Nuevo

CERTIFICADO MÉDICO

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

SOFA ALBARRAN Carrillo

RUT.: 24.622.900-7

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☒

Reposo Por: 1 días, con Diagnóstico de: _____

Control Crónico Pulmonar. (ASMA Moderada)

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

Colegio Providencia



Nombre y Firma del Médico

Temuco, 07-10-2024.