



IV-A 10:29.

CONSULTORIO Villa Alegre

MUNICIPALIDAD DE
TEMUCO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CERTIFICADO MEDICO

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

Carla Motis Armiazo R.U.T.: 21.466.637-5

Quien se encuentra en:

Buenas condiciones de salud

Reposo por: _____ días, con diagnóstico de: _____

Control Programa Salud Mental

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

Colegio Providencia

Programa Salud Mental
CESFAM Villa Alegre
Temuco


Daniel Suleca
Nombre y Firma del Médico
Psicologo

Temuco, 15/06/2022

 Impresos del San - Concepción