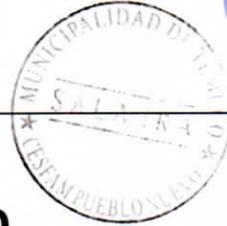




MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO: _____



CERTIFICADO MÉDICO

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

AGUSTINA MONERO

RUT.: 26.635.551-3

Quien se encuentra en:

Buenas Condiciones de Salud

Reposo Por: 5 días, con Diagnóstico de: _____

RINOFARINGITIS AGUDA

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

donde estime conveniente.

Agustín Alberto Placiquini
15.708.868-8
KINESIÓLOGO

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 25-11-2024.