



MUNICIPIO CIUDADANO  
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO:

PN

Kº.

## CERTIFICADO MÉDICO

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

Carla Fuentes Navarrete RUT.: 26 416 178-9

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☒

Reposo Por: 1 días, con Diagnóstico de: Rinofaringitis

aguda

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

Donde estime conveniente



Valeria S. Gonzalez Ponce  
RUT: 19.516.212-7  
Médico Cirujano  
Universidad de La Frontera

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 26/08/2024