

CONSULTORIO: \_\_\_\_\_

4º A.  
11:06.  
✓

## CERTIFICADO MÉDICO

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

SOFIA ALBAMAN RUT.: 24.622.900-7

Quien se encuentra en:

☒ Buenas Condiciones de Salud

☐ Reposo Por: \_\_\_\_\_ días, con Diagnóstico de: \_\_\_\_\_

Control Seguimiento de Neumonia

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

• Colegio Providencia

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Médico

Temuco, 29-10-2024