



MUNICIPIO CIUDADANO  
DEPARTAMENTO DE SALUD

40A.

11:06

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



## 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