



MUNICIPIO CIUDADANO
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO: _____

Hº.

CERTIFICADO MÉDICO

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

Carla Fuentes Navarrete RUT.: 264161789

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☒

Reposo Por: 7 días, con Diagnóstico de: _____

Resfriado Agudo

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

Colegio Providencia

Javier Armaza Salvatici
5.546-8
Médico Ciudadano

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 22 / Noviembre 2024