



30A



## CERTIFICADO MÉDICO

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE:** SOFIA MAUREIRA VIELMA

**CÉDULA DE IDENTIDAD:** 24.600.535-4

El médico que del establecimiento **CONSULTORIO MIRAFLORES**, que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido por el siguiente diagnóstico:

**- AMIGDALITIS AGUDA**

Por este motivo requiere reposo en domicilio de **07 días**, desde la fecha de emisión de este documento.

Se extiende el presente certificado a solicitud de paciente para ser presentado donde estime conveniente.

Oswaldo Carrasquel Gago  
26.512.593-K  
Médico Cirujano

**OSWALDO CARRASQUEL GAGO**  
**26512593K**  
**Médico Cirujano**

Temuco, 01 de septiembre 2025.