

CERTIFICADO MÉDICO

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

SOFIA ALBARRAN Carrillo

RUT.: 24.622.900-7

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☒

Reposo Por: 2 días, con Diagnóstico de: _____

Crisis Asmática moderada

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

Colegio Providencia

Dra. Eglis Salazar M.
Médico
Rut: 26.544.570-5
ID: 655990

Nombre y Firma del Médico

Temuco,

17-10-2024-