


CERTIFICADO MÉDICO

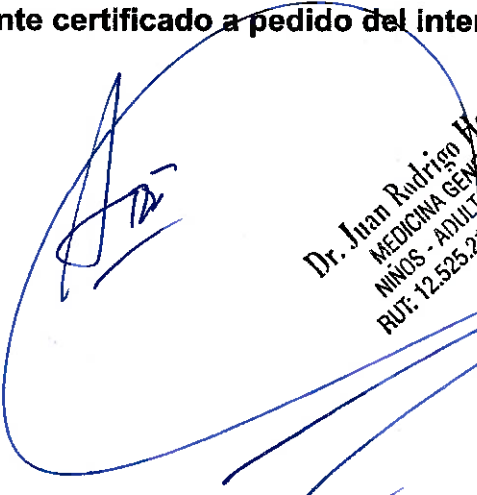
El médico que suscribe, certifica haber atendido a:


.....
.....

Con el siguiente diagnóstico:

1- *Pneumonitis Aguda*
Mayo Et 03, 04 y 05 de Mayo 2023
.....
.....

Doy el presente certificado a pedido del interesado.


Dr. Juan Rodríguez Pichott
MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR
NIÑOS - ADULTOS Y ADULTO MAYOR
RUT: 12.525.218-4 / R.N.C.: 23.287-4 (R)

Nombre y Firma del Médico

Concepción..... *03* de *05* De 2023