

CERTIFICADO DE CONSULTA MÉDICA

El médico que suscribe certifica que don(ña) _____

RUN: _____

asistió el día _____

_____ al Centro de Salud _____

El presente certificado es extendido por el interesado para ser presentado en _____

Nombre y firma profesional _____

Dra. Jacqueline Cárdenas C.
Médico cirujano
Rut: 25.903.540-6
RCM: 47707-9

La Serena: _____

10/11/25