

CERTIFICADO DE CONSULTA MÉDICA

El médico que suscribe, certifica que don(a) ..... *Antonelle Tobal*

RUT Nº ..... *23086388-1*, asistió el día ..... *29/9/25*

al Centro de Salud ..... *CRSH*

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

*Colpi*

*Colpi*  
Nombre y firma Profesional

La Serena: *29/9/25*