



Certificado

Nombre Paciente: **JOSEFA ANTONIA CRISTINA MARTINEZ SALAZAR**

Cédula de Identidad: **24650115-7**

El profesional del establecimiento MIRAFLORES A.P.S., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:

ANOMALIA DENTOFACIAL

Se otorga el presente certificado a petición del paciente, y para los fines que éste estime conveniente.

Pedro Cuevas Castro
Rut: 6.033.353-K
Cirujano Dentista

Pedro Cuevas Castro
Rut: 6.033.353-K
Cirujano Dentista

PEDRO CUEVAS CASTRO

ODONTOPEDIATRIA

11 / 09 / 2025