

103



## Certificado

Nombre Paciente: **ELBA ANTONIA SOLIS GALLEGOS**

Cédula de Identidad: **23104450-7**

El profesional del establecimiento TEMUCO HOSP., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:

**ANOMALIA DENTOMAXILAR**

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

**NATALIA ANDREA GONZALEZ FUENTES**

**ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILO FACIAL**

15 / 10 / 2025