



10

## Certificado

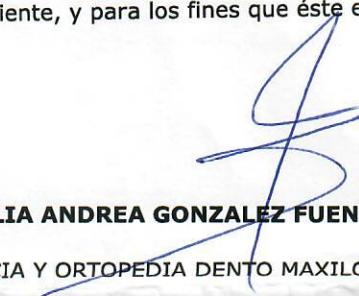
Nombre Paciente: **ELBA ANTONIA SOLIS GALLEGOS**

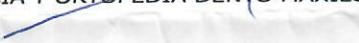
Cédula de Identidad: **23104450-7**

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