

II A.



## Certificado

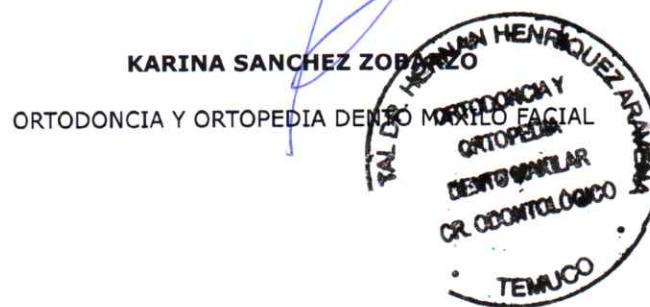
Nombre Paciente: **BELEN ALEXANDRA LLANQUIN AVILA**

Cédula de Identidad: **23100864-0**

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

CLASE I APARENTE APIÑAMIENTO SUPERIOR . DIENTE 1.3 ECTOPICO VV

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



28 / 03 / 2025