



II° A

Certificado

Nombre Paciente: **MARIA JOSE MOLINA MUÑOZ**

Cédula de Identidad: **22998735-6**

El profesional del establecimiento COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS, que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:

APIÑAMIENTO DENTAL

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


LORETO CECILIA BUSTAMANTE RETAMAL
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILO FACIAL

13 / 11 / 2025