



BoA

Certificado

Nombre Paciente: **VALENTINA IGNACIA CRUCES CASTRO**

Cédula de Identidad: **23898230-8**

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 E INFERIOR

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

KARINA SANCHEZ ZOBARZO

ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILO FACIAL



28 / 03 / 2025