



6º A.

11:48.

Certificado

Nombre Paciente: **TAMAR ESTEFANIA IVACA ASTROZA**

Cédula de Identidad: **24286050-0**

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

CLASE II DENTITION MIXTA SEGUNDA FASE

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

17 / 04 / 2024

