



8 B  
10<sup>00</sup>

## Certificado

Nombre Paciente: **JAVIERA FRANCESCA TRALMA TRAIMANTE**

Cédula de Identidad: **23823772-6**

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

08 / 04 / 2025