



IV B

10:13.

Certificado

Nombre Paciente: **MICAELA TRINIDAD VASQUEZ VILLA**

Cédula de Identidad: **22326231-7**

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

CLASE II QX

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

27 / 05 / 2024