

8°  
10:55

## Certificado

Nombre Paciente: **IGNACIA ANTONIA BLANCO PALMA**

Cédula de Identidad: **22887998-3**

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

10 / 06 / 2022

