



Lo A

## Certificado

Nombre Paciente: **VALENTINA ALEXANDRA SCHWANER ISLA**

Cédula de Identidad: **23083224-2**

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

**AMELOGÉNESIS IMPERFECTA DISCREPANCIA DENTOMAXILAR NEGATIVA APIÑAMIENTO**

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

**MARIA EUGENIA MATAMALA CARSTENS**

ODONTOPEDIATRIA

24 / 11 / 2022