

IV B.



## Certificado

Nombre Paciente: **CONSTANZA BELEN VALDES MELLAO**

Cédula de Identidad: **22432889-3**

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

DESPLAZAMIENTO DISCAL CON REDUCCIÓN EN ATM BILATERAL. DOLOR MIOFASCIAL EN MUSCULOS MASTICATORIOS.

INGRESO A TTO.

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

**Dra. Karen González R.**  
Especialista en TTM y Dolor Orofacial  
Rut: 16.020.344-7  
R.C.D: 17381

**KAREN CECILIA GONZALEZ ROJAS**

TRASTORNO TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL

17 / 05 / 2024