



8-A.

## Certificado

Nombre Paciente: **ANTONELLA IVONNE BARRIA GUTIERREZ**

Cédula de Identidad: **23409158-1**

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

MALOCCLUSION

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

Dra. Claudia Lizama C.

15651444-6  
Ortodoncia y Ortopedia DMF

**CLAUDIA ANDREA LIZAMA CISTERNA**

ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILO FACIAL

11 / 09 / 2024