



## Certificado

*II<sup>o</sup>B  
10.05 hrs*

Nombre Paciente: **FRANCISCA DEL CARMEN AYALA ZAGAL**

Cédula de Identidad: **23191248-7**

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

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



**NERY GARCIA ALARCON**

ORTODONCIA Y ORTÓPEDIA DENTO MAXILO FACIAL

01 / 08 / 2025