

IV<sup>o</sup> A

## Certificado

Nombre Paciente: **MAGDALENA ISABEL VASQUEZ WOENCKHAUS**

Cédula de Identidad: **22383157-5**

El profesional del establecimiento LAUTARO HOSP., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar: TOMA EXAMEN RADIOGRAFICO DENTAL.

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

Dr. José Luis Quintana G.  
Radiólogo Dentomaxilofacial  
Rut: 14.218.697-7

**JOSE LUIS QUINTANA GUTIERREZ**

PROCEDIMIENTO

08 / 09 / 2025