



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 CARIOS

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



07 / 12 / 2022