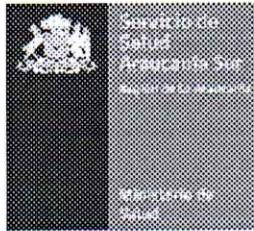


III^oB

Certificado

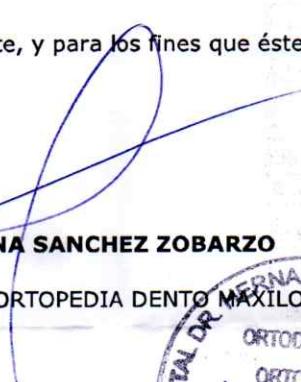
Nombre Paciente: **MARTINA PAOLA MUÑOZ GONZALEZ**

Cédula de Identidad: **21888110-6**

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

APIÑAMIENTO

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


KARINA SANCHEZ ZOBARZO

ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILO FACIAL

09 / 11 / 2022

