



## Certificado

Nombre Paciente: **CONSTANZA BELEN VALDES MELLAO**

Cédula de Identidad: **22432889-3**

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

**DISFUNCION DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR BILATERAL**

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

**AYESHA DEL VALLE CHIRINOS CHIRINOS**

OTORRINOLARINGOLOGIA

29 / 03 / 2022