



12<sup>90</sup>  
1e A

## Certificado

Nombre Paciente: **MAYTTE PASCALE CASTILLO AVENDAÑO**

Cédula de Identidad: **25999480-2**

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

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

LILIAN GONZALEZ CONTRERAS  
ODONTOLOGIA

24 / 09 / 2024