



12<sup>00</sup>  
1<sup>a</sup> 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**

ODONTOPEDIATRIA

24 / 09 / 2024