



3º A  
10:45.-


## Certificado

Nombre Paciente: **AYELEN ANTONIA MARILEO CARVAJAL**

Cédula de Identidad: **25131807-7**

El profesional del establecimiento MIRAFLORES C.R.S., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:  
**CARIES**

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

  
**Pedro Cuevas Castro**  
Rut: 6.033.353-K  
Cirujano Dentista  
**PEDRO CUEVAS CASTRO**  
ODONTOLOGIA ESPEC.

22 / 04 / 2024