

III B

ESTABLECIMIENTO: H. VICTORIA

**CERTIFICADO ATENCION MÉDICA**

**Datos del Paciente:**

**RUT:** 22930142 - K  
**NOMBRE:** SOFIA ANTONIA OCARES VIZAMA  
**EDAD:** 16 Años 8 Meses 25 Días  
**PREVISION:** FONASA A

El médico que suscribe certifica que el paciente recibió Atención Médica el día:  
**20 de Octubre de 2025.**

Se otorga el presente Certificado a solicitud del paciente para solo efecto de ser  
presentado en:

**LICEO PROVIDENCIA.**

*Paula Puentes Guidotti*  
16 238 179-2  
*Ortodoncia y Ortognatolgia Maxilofacial*

---

PUENTES GUIDOTTI PAULA  
16238179-2  
ODONTOLOGO ESPECIALISTA