



5° A

Certificado

Nombre Paciente: **ANTONIA ALEJANDRA TOLOZA IBAÑEZ**

Cédula de Identidad: **23350550-1**

El profesional del establecimiento COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS, que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar:

ANOMALIA DENTOFACIAL

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


PEDRO OSCAR RENÉ GUTIERREZ MORAGA
RUT 8.474.542-1
ORTODONCIA Y ORTOFEDIA DENTO/MAXILO FACIAL

21 / 10 / 2025