



II^oB
09-09

Certificado

Nombre Paciente: **FRANCISCA DEL CARMEN AYALA ZAGAL**

Cédula de Identidad: **23191248-7**

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

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



NERY GARCIA ALARCON

ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILO FACIAL

05 / 09 / 2025