

5º A
10:05

Certificado

Nombre Paciente: **JOSEFA ANTONIA CRISTINA MARTINEZ SALAZAR**

Cédula de Identidad: **24650115-7**

El profesional del establecimiento MIRAFLORES A.P.S., 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 Cuevas Castro
Rut: 6.033.353-K
Cirujano Dentista
PEDRO CUEVAS CASTRO
ODONTOLOGIA
ODONTOLOGIA
ODONTOLOGIA

25 / 04 / 2025