



IV B

## Certificado

Nombre Paciente: **DAYANA ELIZABETH CURIMAN TORRES**

Cédula de Identidad: **22434448-1**

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

PACIENTE DE 17 AÑOS DE EDAD, DERIVADA DESDE CESFAM HUALPIN AÑO 2019 POR PRESENTAR OVERJET AUMENTADO, LINEA MEDIA DESVIADA , FALTA DE ESPACIO PARA ERUPCIÓN DE PREMOLAR, DENTICIÓN PERMANENTE AL EXAMEN CLINICO ACTUAL: PACIENTE NO REFIERE ANTECEDENTES MEDICOS RELEVANTES, ODONTOLÓGICOS REFIERE ENDODONCIA DE 1.1 Y 2.1, ASINTOMÁTICA SIMETRIA FACIAL, LEVE CANTEO PLANO OCCLUSAL HACIA LA IZQUIERDA DENTICIÓN PERMANENTE INCOMPLETA, AUSENCIA DE DIENTE 4.5 EXTRAIDO POR CARIOS SIN CARIOS CLÍNICAS HIGIENE REGULAR APIÑAMIENTO DENTARIO MODERADO MX Y MD BUEN PERFIL LINEAS MEDIAS DENTARIAS COINCIDENTES CLASE CANINA II DERECHA, I IZQUIERDA CLASE MOLAR I BILATERAL OJ 5,5 MM OB 2,5 MM ATM DERECHA SALTO ARTICULAR, NO ASOCIADA A DOLOR O BLOQUEO

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

**PILAR CASTILLO RAMIREZ**

ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILO FACIAL

25 / 07 / 2025