



III A. ✓

Certificado

Nombre Paciente: **CAMILA FERNANDA TRALCAL PARRA**

Cédula de Identidad: **22633764-4**

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

CLASE II

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


LORETO CECILIA BUSTAMANTE RETAMAL

ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILO FACIAL

10 / 12 / 2024