



8ºA

10:45.

## Certificado

Nombre Paciente: **KATHERINE NICOL VIVEROS LIZAMA**

Cédula de Identidad: **23401052-2**

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

**APIÑAMIENTO**

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

**PEDRO OSCAR RENE GUTIERREZ MORAGA**

ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILO FACIAL

05 / 12 / 2024