



IB

10:25

Certificado

Nombre Paciente: **KATHALINA GINETTE GUZMÁN ZAMBRANO**

Cédula de Identidad: **23249483-2**

El profesional del establecimiento LAUTARO HOSP., que suscribe, certifica que el paciente ha sido atendido en este Policlínico por presentar: TOMA EXAMEN RADIOGRAFICO DENTAL.

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

Dr. José Luis Quintana Gutiérrez
Radiólogo Dentomaxilofacial
Rut: 14.218.697-7

JOSE LUIS QUINTANA GUTIERREZ

PROCEDIMIENTO

26 / 08 / 2024