

5^a A
12^o

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
ODONTOPEDIATRIA

Pedro Cuevas Castro
Rut. 8.033.353-K
Cirujano Dentista

16 / 05 / 2025