



II-B

## Certificado

Nombre Paciente: **ELBA ANTONIA SOLIS GALLEGOS**

Cédula de Identidad: **23104450-7**

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

**ANOMALIA DENTOMAXILAR**

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

Servicio Salud Araucanía Sur  
Hospital Dr. Hernán Henríquez A.  
ODONTOLOGIA  
NATALIA ANDREA GONZALEZ FUENTES  
Ortodoncia y Ortopedia  
Dento - Maxilar  
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO-MAXILO FACIAL

19 / 08 / 2025