



I<sup>o</sup>A

## Certificado

Nombre Paciente: **MAITE SELENE VALENZUELA MUÑOZ**

Cédula de Identidad: **23370093-2**

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

DIAGNOSTICO: PERIODONTITIS APICAL SINTOMÁTICA EN DIENTE CON TERAPIA PREVIAMENTE INICIADA DIENTE 4.7

En tratamiento

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

Fabiola Herrera Ponce  
RUT: 16.966.499-4  
Endodoncista

**FABIOLA CRISTINA HERRERA PONCE**

ENDODONCIA

25 / 09 / 2025