



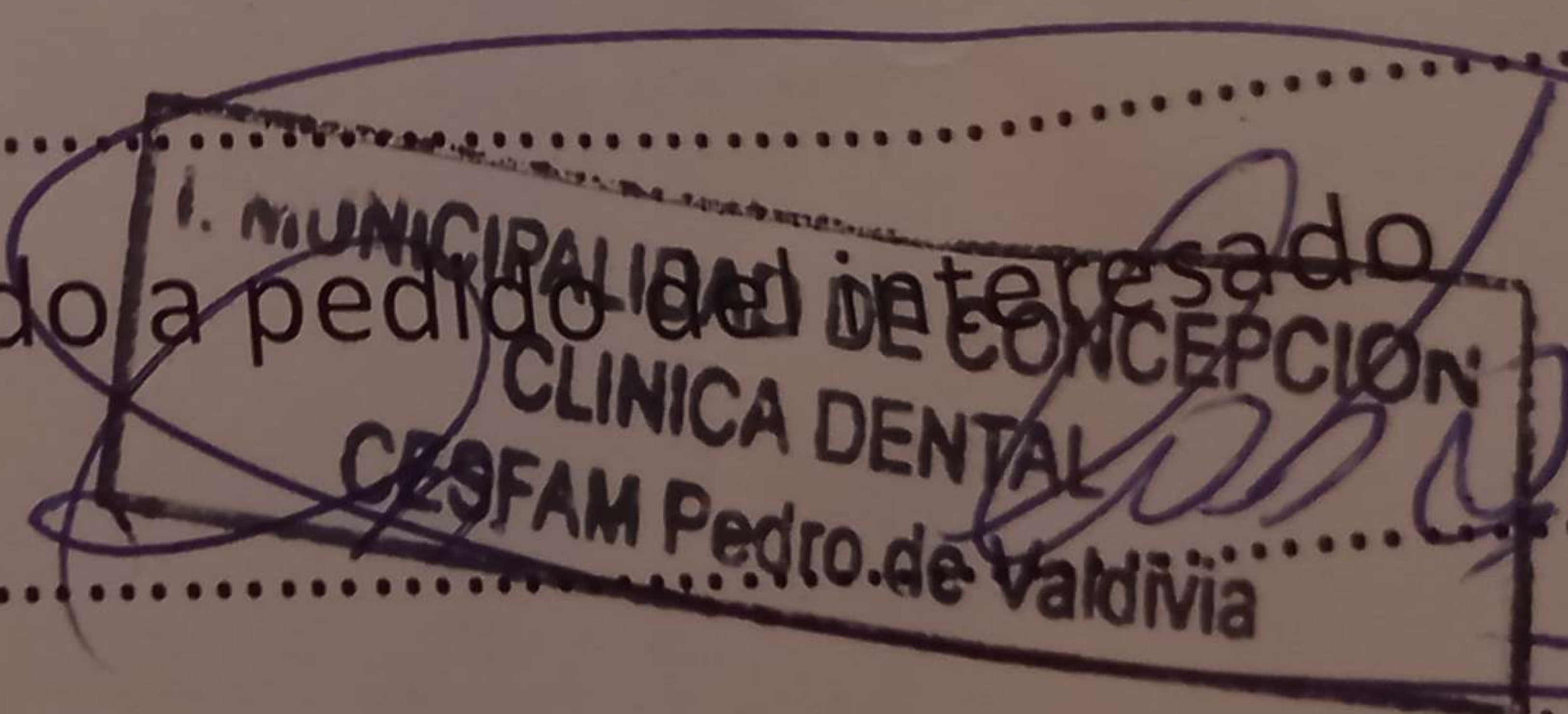
CERTIFICADO DE ATENCIÓN

El Médico que suscribe, certifica haber atendido a:

Rut: 23.759.702-8, con el siguiente diagnóstico:

Consentimiento Dental Usuario En Tratamiento

..... Doy el presente certificado a pedido del interesado



Nombre y Firma del Médico

Concepción, 21 de Abril 2023

Concepción,