



CERTIFICADO

CERTIFICO QUE EL (LA) SR. (STA.)

Daniel Allende Muñoz

FUE ATENDIDO (A) EN LA CLINICA DE ORTODONCIA DE
LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA PARA.....

Control ortodoncia

SE EXTIENDE EL PRESENTE CERTIFICADO A PETICIÓN DEL
(A) INTERESADO (A) PARA *Control*

DR. (A).....

M. Fariña

CONCEPCIÓN,.....DE.....

NOV

20*25*

