



CERTIFICADO DE ATENCION ODONTOLÓGICA



El odontólogo (a) que suscribe, certifica haber atendido a:

MATIAS FIDELMO HERNANDEZ RUT: 24.356.515-4

con el siguiente diagnóstico:

Caries dental. Paciente adulto
A tratamiento odontológico

Doy el presente certificado a pedido del interesado(a)

CAMILA CASTRO VERA
Cirujano Dentista
16.285.995-1
R.C.D. 12.2005

Nombre y firma del odontólogo(a)

Concepción, 22 de abril de 2024