



CERTIFICADO DE ATENCIÓN

Centro de Salud Familiar
Pedro de Valdivia



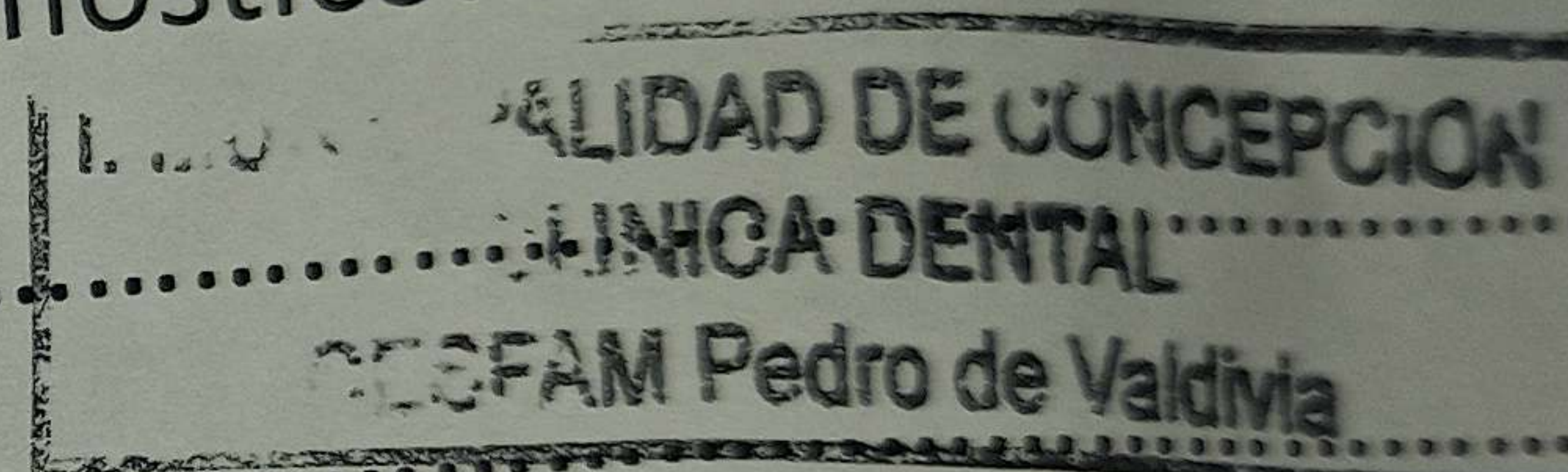
El Médico que suscribe, certifica haber atendido a:

SOPHIA Coburne CID

Rut: 29176022-7

....., con el siguiente diagnóstico:

Atencion Dental



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

.....

Nombre y Firma del Médico

Concepción, 11 de 7 2024