



UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEPTO. ESTOMATOLOGIA QUIRURGICA

CERTIFICADO

Certifico que el (a) Sr.(ita) Joaquin
Henriquez Reyes fue atendido(a) en la Clínica de Grupo
de la Facultad de Odontología, para Desinfección Quirúrgica
de la boca 1.8 y 4.8

Se extiende el presente certificado a petición del(a)
interesado(a), para presentarlo en el colegio
Reposo total por 3 días

Dr.(a) [Signature] Residente Cirugía Oral y Maxilofacial
Clínica [Signature]

CONCEPCION, 24 de Octubre de 2024,