

CERTIFICADO

Por medio del presente, el profesional que suscribe certifica haber atendido a:

Nombre: Francisca Ayvire Rivera 22544804-3

Edad: 15 Posta Salud Rural Ceston S.C.

Diagnóstico: Radiografía Dental a los 16:10 hrs

Indicaciones: _____

Se extiende el presente certificado a petición del interesado para los fines que estime conveniente.

Vicuña, 01 de 03 del 2023

Dr. Diego Gula Valenzuela
Cirujano Dentista
18.413.650-3

Nombre y firma del profesional