


4-A



### CERTIFICADO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Certifico que el (a) paciente: Milka Gallardo Villegas  
Fue atendido (a) en la Clínica Dental de la Universidad Del Alba el día: 11 de abril  
entre las 11<sup>00</sup> Am y las 13 pm hrs.  
Solicito autorizar y facilitar el permiso al paciente para su tratamiento dental.

Atte. Dr (a)

  
**Katherine Miranda Rivera**  
Cirujano Dentista  
26.402350-5