



CERTIFICADO

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

Nombre: Amalia Romero Cortes

Edad 12 Posta Salud Rural P.S.R. Rivelobuía

Diagnóstico: Control odontológico

Indicaciones: _____

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

Vicuña, 14 de 07 del 2025.


Dr. Diego Gata Valencia

Cirujano Dentista

18.413.650-3

Nombre y firma del profesional