



CERTIFICADO

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

Nombre: AGATHA ROJAS ROJAS

Edad 17 Posta Salud Rural CESTAM SIC.

Diagnóstico: Trto control dental -

Indicaciones: —

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

Vicuña, 14 de 11 del 2025.



Dr. Felipe Castañeda Espinoza
Cirujano Dentista
Universidad de Chile
19.994.477-0

Nombre y firma del profesional