

Fecha: 3.10.17

DATOS DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: Luna Sosa Cruz

RUT:

Edad:

Dirección:

Rp/

Certificado

Certifico haber atendido a la Srta Luna Sosa, a quien le realicé la exodoncia del Tercer molar superior derecho. (P.I)

Se recomienda guardar reposo por 2 días

Se extiende el presente certificado para los fines que la interesada estime conveniente.



Dr. Montolón

8951706-0

RCD 123 B5