



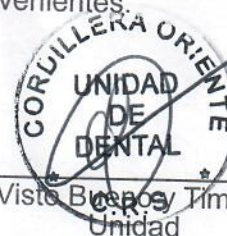
## CERTIFICADO DE ATENCIÓN DE SALUD

Mediante el presente documento se certifica la atención realizada en este establecimiento a la persona, el día y hora referidos a continuación:

|                  |                                                                                             |                    |        |              |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------|--------------|
| Nombre Paciente  | Martín Valdivia Ruge                                                                        |                    | R.U.T  | 19.450.127-7 |
| Día de citación  | 05/10/18                                                                                    | Unidad Clínica     | Dental |              |
| Hora de atención | 9.30                                                                                        | Hora que se retira | 10.15  |              |
| Indicaciones     | Reposo relativo x 24h, dieta blanda x 3 días<br>En caso de dolor Ketoprofeno (Máx x 3 días) |                    |        |              |

Se extiende este certificado para los fines que el paciente estime convenientes.

Santiago, 05/10/18



Visto Bueno y Timbre  
Unidad

Av. Las Torres N° 5100 - Peñalolén, Santiago - Fono: 225688200  
Web: <http://www.crsoriente.cl>