

CERTIFICADO MEDICO DE BUENA SALUD

EL SUSCRITO **DR. RAUL ARTURO GUZMAN GARCIA**, LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESION DE MEDICO CIRUJANO Y PARTERO, CED. PROFESIONAL No. **981997**, ADSCRITO A LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL, HAGO CONSTAR QUE:

HABIENDO PRACTICADO EN ESTA FECHA RECONOCIMIENTO MEDICO A:

C. _____.

EDAD: _____ AÑOS.

TALLA: _____ C.M.

PESO: _____ KG.

ALERGIAS: _____.

GRUPO DE SANGUÍNEO Y FACTOR RH: " _____ ".

SE ENCONTRO CLINICAMENTE: _____.

Se extiende la presente a petición de la parte interesada(o) y para los efectos legales a que tenga lugar, en la ciudad de Iguala de la Independencia, Estado de Guerrero el día _____ del mes de _____ del año _____.

ATENTAMENTE

Dr. RAUL ARTURO GUZMAN GARCIA.
DIRECTOR DE ATENCION MEDICA.