

SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL N° 0101
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

CERTIFICADO MEDICO PARA BARES Y CANTINAS

DR. _____ MÉDICO CIRUJANO
QUE SUSCRIBE, AUTORIZADO LEGALMENTE PARA EJERCER SU PROFESIÓN Y
ADSCRITO A LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL, HACE CONSTAR QUE:
HABIENDO PRACTICADO EN ESTA FECHA RECONOCIMIENTO MÉDICO A:

ESTABLECIMIENTO _____

V.I.H.:

V.D.R.L.:

COPRO:

OBSERVACIONES: _____

A PETICIÓN DEL INTERESADO (A) Y PARA LOS FINES LEGALES QUE LE CONVENGAN
SE EXTIENDE EL PRESENTE CERTIFICADO EN LA CIUDAD DE IGUALA DE LA
INDEPENDENCIA, GRO. EL _____ DE _____ DEL 20 _____.

VIGENCIA DEL _____ DE _____ DEL 20 _____ AL _____ DE _____ DEL 20 _____

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA