



## CERTIFICADO MÉDICO

DR. ROBERTO ESPINDOLA GALAN, Médico cirujano con cédula profesional 3036120, 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:

**C.**

EDAD: AÑOS

PESO: KG.

TALLA: MTS

GRUPO SANGUINEO:

FACTOR Rh:

ALERGIAS:

**IDX:**

Se extiende la presente constancia a petición del interesado (a), para los usos legales que a el (a) convenga el día \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en la ciudad de Iguala de la Independencia, Guerrero.

ATENTAMENTE

-----  
DR. ROBERTO ESPINDOLA GALAN