



Tel. +52 1 951 50.155.00
Plaza de la Danza s/n Centro Histórico,
C.P. 68000, Oaxaca de Juárez Oax.

**COORDINACIÓN DE DESARROLLO SOCIAL
DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL**

CERTIFICADO MÉDICO

A QUIEN CORRESPONDA:

EL QUE SUSCRIBE MÉDICO CIRUJANO LEGAL AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN,
CON REGISTRO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES No. _____

CERTIFICA

| | |
|-------------------------------|--|
| QUE EL C: | |
| DE EDAD: | |
| CON GPO. SANGUINEO | |
| SE ENCUENTRA: | |
| POR LO QUE: | |

EN LA CIUDAD DE OAXACA DE JUÁREZ, OAX., AL DÍA _____ DEL MES DE _____
DEL AÑO DOS MIL _____

NOTA: Vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

ATENTAMENTE

DR(A). _____