

TAMAZUNCHALE S.L.P. A \_\_\_\_\_ DEL 20\_\_.

## CERTIFICADO MÉDICO

EL (LA) QUE SUSCRIBE C. DR. (A) \_\_\_\_\_  
CON CÉDULA PROFESIONAL \_\_\_\_\_ Y LEGALMENTE AUTORIZADO.  
PARA EJERCER SU PROFESIÓN; HACE CONSTAR QUE UNA VEZ PRACTICADO  
EXAMEN MÉDICO A QUIEN DICE LLAMARSE \_\_\_\_\_  
DE \_\_\_\_\_ AÑOS, SEXO \_\_\_\_\_ PROCEDENTE  
DE \_\_\_\_\_ SE ENCUENTRA EN CUANTO A LA  
EXPLORACIÓN FÍSICA:

---

---

---

---

OBTENIENDO EL SIGUIENTE:

IDX: \_\_\_\_\_

SE EXTIENDE EL PRESENTE CERTIFICADO, A PETICIÓN DE  
\_\_\_\_\_ Y PARA LOS FINES LEGALES Y/O  
ADMINISTRATIVOS QUE AL MISMO CONVENGAN.

ATENTAMENTE.

Dr. \_\_\_\_\_

CÉDULA PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
RECIBE (NOMBRE Y FIRMA)