

DIRECCION DE ATENCION MÉDICA

CERTIFICADO DEDISCAPACIDAD

DR. DANIEL FIGUEROA PALACIOS, Médico Cirujano con cédula profesional **6177099**, que suscribe, autorizado legalmente para ejercer su profesión y adscrito a esta Secretaria de Salud Municipal, hace constar que después de haber realizado una revisión minuciosa clínica a:

C. _____

EDAD: _____ AÑOS

IDX: _____

Se extiende la presente constancia a petición del interesado (a), para los usos legales que a él (a) convenga el día _____ de _____ del año dos mil veintitrés, en la Ciudad de Iguala de la Independencia, Guerrero.

ATENTAMENTE

DIRECCIÓN DE ATENCION MÉDICA

