

## 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**

