

CERTIFICADO DE GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH

Folio _____

DR. RAUL ARTURO GUZMAN GARCIA, MÉDICO CIRUJANO CON CÉDULA PROFESIONAL **981997**, QUE SUSCRIBE, AUTORIZADO LEGALMENTE PARA EJERCER SU PROFESIÓN, Y ADSCRITO A ESTA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL HACE CONSTAR QUE HABIENDO PRACTICADO EN ESTA FECHA EXAMEN DE LABORATORIO A:

C. _____.

EDAD : _____ AÑOS.

SEXO: _____.

GRUPO SANGUINEO: " _____ ".

FACTOR RH: _____.

A PETICIÓN DEL INTERESADO (A) PARA LOS FINES LEGALES QUE LE CONVENGAN SE EXTIENDE LA PRESENTE CONSTANCIA EN LA CIUDAD DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. EL DIA _____ DE _____ DEL AÑO 2024.

ATENTAMENTE

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
DR. RAUL ARTURO GUZMAN GARCIA

 info@iguala.gob.mx

 www.iguala.gob.mx

 **733 33 396 00**

 **Av. Vicente Guerrero, No 1 Col Centro, CP. 40000, Iguala de la Independencia Guerrero, México**

CERTIFICADO DE GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH

Folio _____

DR. RAUL ARTURO GUZMAN GARCIA, MÉDICO CIRUJANO CON CÉDULA PROFESIONAL **981997**, QUE SUSCRIBE, AUTORIZADO LEGALMENTE PARA EJERCER SU PROFESIÓN, Y ADSCRITO A ESTA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL HACE CONSTAR QUE HABIENDO PRACTICADO EN ESTA FECHA EXAMEN DE LABORATORIO A:

C. _____.

EDAD : _____ AÑOS.

SEXO: _____.

GRUPO SANGUINEO: " _____ ".

FACTOR RH: _____.

A PETICIÓN DEL INTERESADO (A) PARA LOS FINES LEGALES QUE LE CONVENGAN SE EXTIENDE LA PRESENTE CONSTANCIA EN LA CIUDAD DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. EL DIA _____ DE _____ DEL AÑO 2024.

ATENTAMENTE

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
DR. RAUL ARTURO GUZMAN GARCIA

 info@iguala.gob.mx

 www.iguala.gob.mx

 **733 33 396 00**

 **Av. Vicente Guerrero, No 1 Col Centro, CP. 40000, Iguala de la Independencia Guerrero, México**