

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

DR. RAUL ARTURO GUZMAN GARCIA, Médico Cirujano y partero, cédula profesional **981997**, 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 _____, en la Ciudad de Iguala de la Independencia, Guerrero.

A T E N T A M E N T E

DR. RAUL ARTURO GUZMAN GARCIA
DIRECCIÓN DE ATENCION MÉDICA.