

## CERTIFICADO MÉDICO DE BUENA SALUD

EL SUSCRITO **DR. RAUL ARTURO GUZMAN GARCIA**, LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESION DE MEDICO CIRUJANO, CED. PROFESIONAL No. **981997**, ADSCRITO A LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL.

C. \_\_\_\_\_.

EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS.

PESO: \_\_\_\_\_ KG.

TALLA: \_\_\_\_\_ C.M.

ALERGIAS: NO.

GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH. " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_.

ESTE PACIENTE PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES FISICAS.

EXPLORACION FISICA:

Integro, consciente, orientado, cooperador, bien hidratado con buena coloración de piel y tegumentos, área precordial con ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, campos pulmonares con entrada y salida de aire sin agregados, abdomen plano, depresible no doloroso, sin megalias. peristalsis presentes, sin datos de irritación peritoneal, miembros pélvicos íntegros sin alteraciones.

Encontrado el siguiente Diagnostico:

**CLINICAMENTE SANO EN EL MOMENTO DE SU VALORACIÓN**

Se extiende la presente a petición de la parte interesada(o) y para los efectos legales a que tenga lugar, en la Ciudad de Iguala de la Independencia, Estado de Guerrero el día \_\_\_\_\_ el mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_  
**Dr. RAUL ARTURO GUZMAN GARCIA.**  
**DIRECTOR DE ATENCION MEDICA**