



Gobierno de  
**México**

 **IMSS BIENESTAR**  
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



**CM/CESSA/CSIB005343/FOLIO No.** \_\_\_\_\_

## **CERTIFICADO MÉDICO**

A QUIEN CORRESPONDA:

El suscrito Médico \_\_\_\_\_ dependiente de los Servicios Públicos de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión con cedula profesional\_\_\_\_\_.

### **C E R T I F I C A**

Que El (La) C. \_\_\_\_\_

**CURP:** \_\_\_\_\_

Paciente del sexo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años quien posterior a una valoración

Médica, **se encuentra física y mentalmente sano(a).**

GRUPO SANGUÍNEO \_\_\_\_\_

Rh \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

Por lo que expide la presente a petición del interesado(a) para fines de trámite Personales y/o Laborales.

Centro de Salud con Servicios Ampliados  
Belisario Domínguez

SELLO DE LA UNIDAD

Vo.Bo. Dr. Ervin Miguel Guzmán Guillen. Responsable de la Unidad Médica



**2026**  
año de  
**Margarita  
Maza**

Calle Arnulfo Roblero Velázquez, S/N, Barrio El Campo, Ejido Belisario Domínguez, C.P. 30910, Motozintla, Chiapas.

[www.imssbienestar.gob.mx](http://www.imssbienestar.gob.mx)