



CM/CESSA/CSIB005343/FOLIO No. _____

CERTIFICADO MÉDICO PRENUPCIAL

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 EXAMEN MÉDICO-CLÍNICO, **se encuentra física y mentalmente sano(a)**. SIN NINGUNA ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA Y APTO PARA CONTRAER MATRIMONIO.

GRUPO SANGUÍNEO

Rh

ALERGIAS:

VDRL:

DETECCIÓN DE ANTICUERPOS DE VIH:

Centro de Salud con Servicios Ampliados
Belisario Domínguez

SELLO DE LA UNIDAD



2025
Año de
**La Mujer
Indígena**

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