



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 tramite 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



2025
Año de
La Mujer
Indígena