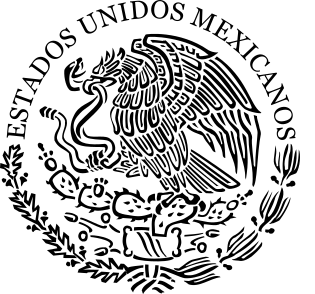


**SERVICIOS MEDICOS**



A QUIEN CORRESPONDA:

El que suscribe Médico Cirujano legalmente autorizado para ejercer la profesión, hace constar que:

Al efectuar un examen físico, clínico y mental a el (la) C. «Nombre» de «Edad» de edad, se encontró en buenas condiciones de salud y apto para el ejercicio físico

Se extiende la presente Constancia en la ciudad de Hermosillo, Sonora, a la Fecha de «Fecha»

A T E N T A M E N T E

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DR. «Doctor»**

**Cedula Prof. «Cedula»**

**UNAM**

Ave. Tecnológico S/N, Col. Sahuaro, C.P. 83170. Hermosillo Sonora.

Tel. 2606500 Ext. 113, e-mail: escolares@ith.mx

www.ith.mx