



FUNDACIÓN BEST, A.C.
DIVISIÓN SALUD

Certificado Médico

El que suscribe, Médico Cirujano legalmente autorizado para ejercer su profesión.

Certifica

Que habiendo practicado reconocimiento médico a:

Nombre(s): RUTH Primer Apellido: MALDONADO Segundo Apellido: RICO

Sexo: FEMENINO Edad: 46 años Fecha de Nacimiento: 19/ago./1974

T.A.: 120/80 mm/Hg F.C.: 89 xmin F.R.: 18 xmin TEMP.: 36.0 °C

PESO: 79.000 Kg TALLA: 1.59 M IMC: 31.24 Kg/m2

Se encuentra:

SE REALIZA EXAMEN FISICO ASI COMO INTERROGATORIO CLINICO DIRECTO, POSTERIOR AL CUAL ENCUENTRO A LA PACIENTE CLINICAMENTE SANA POR LO QUE PODRA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA O MENTAL.

ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALIMENTOS: NINGUNO.

GRUPO SANGUINEO: A RH POSITIVO.

Se extiende el presente certificado para los fines que al interesado convengan, en la ciudad de: MERIDA, YUCATAN

a los 30 días del mes de marzo de 2021

Dr. (a): RODRIGO JOEL MARTINEZ QUEVEDO

Cédula Profesional: 4657044

Universidad Egreso: UNIVERSIDAD AUTONOMA DE YUCATAN