



# 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:** JULIO CESAR MARTINEZ ROBLES

**SEXO:** MASCULINO

**EDAD:** 28 años

**NUMERO DE CREDENCIAL:** 0070000030

**FECHA DE NACIMIENTO:** 01/06/1993

**Peso:** 76.5 Kg

**Talla:** 1.70 m

**IMC:** 26.471 Kg/m<sup>2</sup>

**Temperatura:** 36.5 °C

**T.A.** 90/60 mm/Hg

**F.C.** 96 x/min

**F.R.** 18 x/min

**C. Abdominal:** cm

Se encuentra:

CUENTA CON LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

ALERGICOS: INTERROGADO Y NEGADO.

QUIRURGICOS: INTERROGADO Y NEGADO.

TRAUMATICOS: INTERROGADO Y NEGADO.

CRONICO DEGENERATIVOS: INTERROGADO Y NEGADO.

TOXICOLOGIALES: INTERROGADO Y NEGADO.

GRUPO Y RH: O (+)

EN ESTE MOMENTO CLINICAMENTE APTA PARA LABORAR Y REALIZAR CUALQUIER ACTIVIDAD FISICA

Se extiende el presente certificado para los fines que al interesado convengan, en la ciudad de: NAUCALPAN DE JUAREZ, ESTADO DE MEXICO.

a los 15 días del mes de diciembre de 2021

Dr. : ALONSO GARCIA MARTINEZ

Cédula profesional: 11093165

Universidad de egreso: INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL

