|  |
| --- |
| **CONSULTORIO MEDICO FAMILIAR** |
|  |

A QUIEN CORRESPONDA:

|  |
| --- |
| **CERTIFICADO MEDICO** |
|  |

EL QUE SUSCRIBE DR. ANGEL ROBERTO ARAGON PAYAN LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN DE MÉDICO CIRUJANO HACE CONSTAR QUE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

POR LO ANTERIOR SE EXPIDE EL PRESENTE CERTIFICADO MEDICO PARA LOS FINES AL QUE \_\_ INTEREZAD\_ CONVENGAN.

SE EXTIENDE A LA PRESENTE A SOLICITUD EN LA CIUDAD DE TIJUANA BAJA CALIFORNIA, A LOS \_\_DÍAS DEL MES DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_.

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

DR. ANGEL ROBERTO ARAGON PAYAN

MEDICO FAMILIAR

BLVD. DOS NUM. 3915 INTERIOR 44a ,

COLONIA VILLAFRONTANA XIII CP 22205