|  |
| --- |
| **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

AL MOMENTO DE LA EXPLORACION FISICA.

SE EXTIENDE A LA PRESENTE A SOLICITUD DEL INTERESADO (A)EN LA CIUDAD DE TIJUANA BAJA CALIFORNIA, A LOS \_\_\_\_\_\_\_\_\_ DÍAS DEL MES DE JULIO DEL 2023.

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

Nombre y Firma del médico