



SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
 JURISDICCION SANITARIA VII
 CENTRO DE SALUD TLILAPAN

CERTIFICADO MEDICO

A quien corresponda:

El que suscribe: **DRA AURORA EDITH BONILLA MARTINEZ**
 con cédula profesional: **1199839**

CERTIFICA

Haber practicado examen médico a: **URIEL HERNANDEZ DEL ANGEL**
 de **18** años, con los siguientes resultados:

EXAMEN CLINICO: NORMAL

BIOMETRIA HEMATICA: -----

QUIMICA SANGUINEA: -----

TEST DE EMBARAZO: -----

EXAMEN DENTAL: -----

GRUPO Y RH: -----

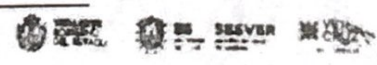
OTROS: _____

PESO: 75.6 KG
TALLA: 168
FREC. CARD: 67 X MIN
FREC. RESP.: 20X MIN
T.A.: 120/80 MMHG
TEMP: 36.6

Por lo anterior se considera: **CLINICAMENTE SANO**

Se extiende la anterior a petición del interesado en la localidad de Tlilapan a los
08 días del mes de **AGOSTO** del año **2023**


 FIRMA DEL MEDICO


 SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
 JURISDICCION SANITARIA
 No. VII DE ORIZABA
C.S. TLILAPAN