



CERTIFICADO MÉDICO



NOMBRE: Rangel Fonseca Alexander SEXO: M F EDAD: 30 años
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)
 DOMICILIO: Carlos Arce Avila Manzana 3 San Isidro La Paz Nicolás Romero
Calle No. Exterior Colonia Municipio C.P.
 FECHA DE NACIMIENTO: 29 / 07 / 1991 GRUPO / RH: O(+)
Día Mes Año

DERECHOHABIENTE AL: IMSS _____ ISSTE _____ ISSEMYM _____ OTRO _____ NINGUNO _____
 EN CASO DE SER MENOR DE 18 AÑOS PONER EL NOMBRE DEL PADRE O TUTOR

NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

SIGNOS VITALES: FC 70x' FR 16x' T/A 110/60mmHg PESO 80kg TALLA 1.67mb
 ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS: SI NO _____ INFECTOCONTAGIOSAS: SI _____ NO
 SARAMPION RUBÉOLA _____ VARICELA HEPATITIS _____ ESCARLATINA _____ OTRAS _____
 CIRUGIAS: SI _____ NO

ALERGIAS: SI NO _____ Penicilina

TRANSFUCIONES: SI _____ NO

ENFERMEDADES ACTUALES DE IMPORTANCIA: Negado

MEDICACIÓN ACTUAL: Ninguno

EN SU OPINIÓN, LAS CONDICIONES DE SALUD MENTAL DE EL/LA SOLICITANTE SON:
 EXELENTE BUENAS () REGULARES () MALAS ()
 ESPECIFIQUE: _____

EL QUE SUSCRIBE C: Georgina Salazar Salazar MEDICO CIRUJANO, LEGALMENTE
 AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN DESPUÉS DE HABER PRACTICADO EXAMEN MÉDICO MINUCIOSO, CERTIFICA QUE EL
 PACIENTE ES:
 APTO NO APTO _____ PARA Realizar actividad física de altura

OBSERVACIONES: DESCRIBA CUALQUIER ANORMALIDAD OBSERVADA EN EL PACIENTE Y LOS RESULTADOS DE SUS EXÁMENES
 MÉDICOS EMITA LOS COMENTARIOS QUE LE PAREZCAN PERTINENTES: No Presente

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Sano

SE EXTIENDE LA PRESENTE PARA LOS USOS Y FINES LEGALES QUE AL INTERESADO CONVENGAN
 NICOLÁS ROMERO MÉXICO A LOS 25 DIAS DEL MES Marzo DEL AÑO 20 22


 Dra. Georgina Salazar Salazar
 MEDICO CIRUJANO
 CED. PROF. 8784103
 Dra. Georgiana Salazar Salazar
 Ced Prof. 08784103