



Lagos de Moreno, Jalisco 1 de Diciembre de 2021

CERTIFICADO MÉDICO (discapacidad)

La que suscribe, Médico Cirujano y Partero, (nombre del médico) (cedula profesional), adscrito a la Dirección de Servicios Médicos Municipales, extiende la presente **(NOMBRE DEL PACIENTE)** de (EDAD) años de edad presenta **(TIPO DE DISCAPACIDAD)**, secundario a (diagnóstico, lo que limita funciones y actividades de la vida diaria.

Se extiende el presente certificado para los fines que al interesado convengan, en la ciudad de Lagos de Moreno Jalisco.

Sin más por el momento, me despido de usted, quedando a su disposición para cualquier duda o aclaración.

ATENTAMENTE

SERVICIOS MEDICOS MUNICIPALES

(Nombre del médico) (cedula profesional)
Médico Municipal

9 PALACIO MUNICIPAL
C. 474 74 121 21 / 474 74 121 00 / 474 74 204 01
JUÁREZ ESQ. FRANCISCO GONZÁLEZ LEÓN S/N
ZONA CENTRO C.P. 47400
LAGOS DE MORENO, JALISCO

