



**Secretaría  
de Salud**

GOBIERNO DE MICHOACÁN

## **CERTIFICADO MEDICO DESCAPACIDAD**

A quien corresponda:

El que suscribe **NESTOR IVAN CASTAÑEDA RAMIREZ**, con cedula profesional **6773182** expedida por la U. M. S. N. H. Actualmente comisionado al servicio de consulta externa del Centro de Salud Aporo, certifica que habiendo examinado clinicamente al **C. EVA ALCANTARA LOZA** de **76 años** de edad, con **Peso 77 Kg** y **Talla 1.56 cm** Con Domicilio **C. Reforma #4**. Se encuentra clinicamente con **DX DOLOR CIATICO Y DESVIACION DE COLUMNA** con grupo sanguineo **O+** la presente a solicitud del interesado en el Municipio de Aporo Michoacan, a los **05 dias** del mes de **Junio del 2024**.

**DR. NESTOR IVAN CASTAÑEDA RAMIREZ**  
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO