



# Secretaría de Salud

GOBIERNO DE MICHOACÁN

EL DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD

## CERTIFICA:

Que en el servicio de consulta para enfermedades transmisibles, atendido por un Médico con Título registrado en la D. G. P. y en la S. S. A. Le fueron practicados a:

**NOMBRE: JARAMILLO VARGAS MARIA CRUZ DE 84 AÑOS.**

Estudios Clínicos, de Laboratorio y de Rayos X resultando:

**PACIENTE QUE AMERITA BASTON DE APOYO DERECHO COMO AUXILIAR  
PARA DISMINUIR EL RIESGO DE CAIDA DX GONARTROSIS PRIMERIA  
UNILATERAL DERECHA**

Por lo que a petición del interesado, y para los fines legales que estime convenientes, se extiende el presente en: CENTRO DE SALUD P. R. C. TACAMBARO MICHOACAN.

A los 07 días del mes de FEBRERO del año 2024

A T E N T A M E N T E

DR. ALFONSO MURILLO BARRIGA

Nombre y Firma del Médico  
Ced. Prof. 2624265

