

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
PROGRAMA IMSS-BIENESTAR  
REGION I ZAMORA

ASUNTO: **CERTIFICADO MEDICO**  
ENTIDAD: MICHOACAN

San Isidro, Municipio de Los Reyes, Michoacán a 17 de junio de 2024

A QUIEN CORRESPONDA:

El que suscribe **Dr. Salvador Villagómez Zamora**, con Cedula Profesional **2814991**, Medico encargado de La Unidad Médica Rural San Isidro del Programa IMSS- BIENESTAR:

**CERTIFICA QUE**

El C. **Serafín Alonso Méndez de 75 años**, padece osteoartritis crónica. Lo que le impide caminar de forma normal, por lo que necesita **BASTON DE 4 PUNTOS** para poder desplazarse.

Sin más por el momento se extiende el presente a petición del interesado para los fines que crea convenientes.

ATENTAMENTE

**DR. SALVADOR VILLAGOMEZ ZAMORA**  
**UMR SAN ISIDRO.**

