

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 Uriel Martínez Alonso de 7 años**, padece secuelas de Parálisis cerebral infantil, que le impiden caminar con normalidad, por lo que requiere de **SILLA DE RUEDAS** 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.**

