

Dependencia: Centro de Salud con 10 Núcleos
Básicos Los Reyes de Salgado
Michoacán
Área: Dirección
No. De Oficio: _____
ASUNTO: Certificado de discapacidad

Los Reyes de Salgado, Mich., a 14 de junio del 2024.

A quien corresponda:

El que suscribe DR. EDGAR JULIAN CAPIZ RINCON con Cédula Profesional No.3465560 autorizado para ejercer su profesión como Director del Centro de Salud de Los Reyes de Salgado. **Hace constar** que el (la) C.

CLOTILDE GONZALEZ BRAVO

Paciente de 77 años de edad, aparente a la cronológica, paciente QUE **PRESENTA HIPOACUSIA DE OIDO IZQUIERDO DISCAPACIDAD PERMANENTE E IRREVERSIBLE.**

DIAGNOSTICO

DISCAPACIDAD PERMANENTE

Se extiende el presente documento a solicitud del interesado para los fines convenientes, en la ciudad de Los Reyes de Salgado, Mich.

ATENTAMENTE



**DR EDGAR JULIAN CAPIZ RINCON
DIRECTOR DEL C.S. LOS REYES**



Centro de Salud de Los Reyes de Salgado. – Calle Jacarandas SN Col. Jardín, Los Reyes, Mich

Tel: (354) 54 2 00 83