



Fotografía
del/la menor
de edad

Lugar y fecha

Dr. [Redacted Signature]

Sello o firma del médico

A Quien Corresponda.

No. de cédula profesional

El que suscribe, Pediatra con cédula de Especialidad No. [Redacted] registrada por la Dirección General de Profesiones de la S.E.P., por este conducto deseo informar que el paciente **Nombre del/la menor de edad**, 1 año 2 meses de edad, fecha de nacimiento 13 de Noviembre 2022, es mi paciente con control médico periódico desde su nacimiento, su esquema de inmunizaciones se encuentra al corriente con la Cartilla Nacional de Vacunación, y no padece ninguna enfermedad de tipo Infecto-Contagiosa. Además, que conozco a sus padres, la Sra.

Nombre de la madre del/la menor, y el Sr. **Nombre del padre del/la menor de edad**

La presente se extiende a petición de los interesados para los fines que a ellos convengan.

Atentamente

Firma del/la médico/a

Dr. **Nombre del médico**

Dr. [Redacted Signature]

Sello del médico

Dirección

, Ensenada B.C.

Número(s) de contacto del médico

COPIA DE LA CÉDULA O TÍTULO PROFESIONAL CON FOTOFRAFÍA DEL MÉDICO

