

CERTIFICADO MEDICO DE DISCAPACIDAD PERMANENTE

A QUIEN CORRESPONDA:

Me permito comunicar que, con base en interrogatorio y examen fisico, (el , el/la)

C. CABRERA JIMENEZ ELIAN ZAID de sexo **MASCULINO** con edad actual de **4** años ; con domicilio en **EMILIANO ZAPATA No. 8 IZCALLI CHAMAPA, NAUCALPAN ESTADO DE MEXICO**

DIAGNOSTICO:

- **SINDROME DE MARFAN**

DISCAPACIDAD:

- **VISUAL Y DE LENGUAJE**

EL PRESENTE CERTIFICADO ES VALIDO PARA LOS FINES QUE EL INTERESADO CONVenga LA VIGENCIA DE SEIS MESES A PARTIR DE LA FECHA DE SU ELABORACION.

Se extiende el certificado a los **2** días del mes de **MAYO** del año **2022**, para realizar los tramites correspondiente.

ATENTAMENTE

DR. FERNANDO PANCHI SANCHEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD SAN MATEO LA PRESA
CED. PROF. 4103269
TEL. 5553483125

