



SERVICIOS MÉDICOS



**JUSTIFICANTE DE SALUD**

Emiliano Zapara; Tabasco a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Por medio de la presente se hace constar que el Alumno (a):

Con número de Afiliación \_\_\_\_\_ al Seguro Facultativo del IMSS.

Por motivo de Salud se ausenta de clases el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

En Horario de: \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_

Tutor: \_\_\_\_\_

Se extiende la presente a solicitud del interesado: para trámites escolares.

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Responsable: \_\_\_\_\_

Cédula Profesional: \_\_\_\_\_