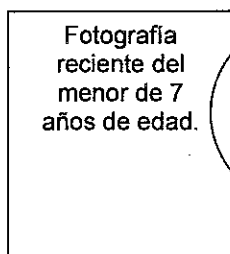


**MEMBRETE DE LA CLÍNICA, CONSULTORIO O  
EL NOMBRE DEL MÉDICO FIRMANTE**

DIRECCIÓN, TELÉFONOS Y, EN SU CASO, CORREO ELECTRÓNICO DE LOCALIZACIÓN  
EN CASO DE QUE LA SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES PROCEDA A LA  
VERIFICACIÓN DEL DOCUMENTO.



**Constancia Pediátrica para el  
Trámite de Pasaporte**

Lugar y fecha de expedición

**SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES**

Presente.-

El que suscribe, Médico (EN SU CASO, ASENTAR LA ESPECIALIDAD) (NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO FIRMANTE), legalmente autorizado para ejercer mi profesión tal como se desprende de mi cédula profesional número (NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL), de la cual adjunto al presente una copia simple, hago constar que:

El menor (NOMBRE DEL O LA MENOR), cuya fotografía aparece al margen, es hijo de los señores (NOMBRE COMPLETO DE LOS PADRES), siendo mi paciente desde hace (TIEMPO QUE TIENE DE TRATAR AL PACIENTE) y encontrándose al corriente con sus inmunizaciones.

Se extiende la presente a petición de de los padres del menor, para los fines que a ellos convengan.

**ATENTAMENTE**

**NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO FIRMANTE**

Anexos.- Copia simple de la cédula profesional número \_\_\_\_\_.  
Copia simple de una identificación oficial adicional a la cédula profesional, con firma reciente, en caso de que esta última haya variado

**NOTA.- QUIEN O QUIENES EJERZAN LA PATRIA POTESTAD O TUTELA DEL MENOR, SE ENCONTRARÁN IMPEDIDOS PARA EMITIR ESTE TIPO DE CONSTANCIA.**