

# [NOMBRE DE LA CLÍNICA/MÉDICO]

1234 CALLE CUALQUIERA

CIUDAD, ESTADO, C.P.

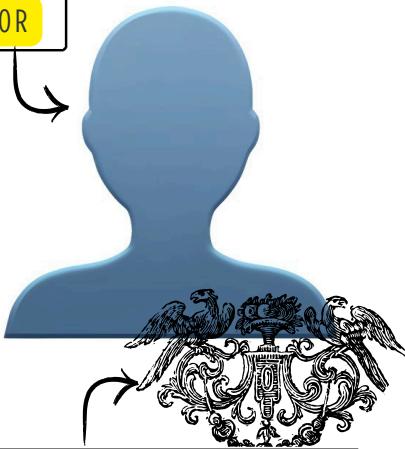
TELÉFONO: (123) 456-789

FOTOGRAFÍA DEL MENOR

FECHA: 01 DE ENERO DE 2017

NOMBRE DEL PACIENTE: JUAN LÓPEZ PÉREZ

FECHA DE NACIMIENTO: 31 DE DICIEMBRE DE 2015



SELLO DEL MÉDICO ENTRE FOTOGRAFÍA Y DOCUMENTO, SIN CUBRIR EL ROSTRO DEL MENOR

## SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES

PRESENTE.-

El que suscribe médico pediatra, [NOMBRE DEL MÉDICO], legalmente autorizado para ejercer mi profesión como se desprende de mi cédula profesional de número 123456777, de la cual adjunto a la presente copia simple, hago constar que:

El/ la menor **Juan Pérez López**, cuya fotografía aparece al margen, es hijo del señor **Pedro López** y la señora **Guadalupe Pérez**, siendo mi paciente desde su nacimiento, al momento se encuentra con esquema de inmunizaciones completo.

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

ATENTAMENTE:

[NOMBRE DEL MÉDICO]

MÉDICO PEDIATRA

CP: 123456777

EN EL CASO DE QUE EL MÉDICO PEDIATRA EJERZA EN MÉXICO, ADICIONAL A ESTE DOCUMENTO SERÁ NECESARIO ANEXAR COPIA DE CÉDULA PROFESIONAL E IDENTIFICACIÓN OFICIAL DE QUIEN LO EXPIDE.