

San Luis Potosí, S.L.P. a ____ de _____ del _____

SECRETARIA DE RELACIONES EXTERIORES
PRESENTE

El suscrito médico cirujano pediatra, Francisco Azrael Cortés Hernández, bajo protesta de decir verdad, manifiesto lo siguiente: que conozco, identifico y he atendido desde el mes de _____ del año _____ al / a la menor:

_____ cuya fotografía se adhiere a ésta al margen, debidamente cancelada con mi firma, que actualmente cuenta con _____ años, _____ meses, _____ días de edad, que consta con su esquema de inmunizaciones básico completo para su edad, y que se encuentra clínicamente sano. Así mismo declaro conocer e identificar a sus padres:

_____ y
_____,
quienes tienen su domicilio en:

_____.

Fotografía

DATOS DEL MÉDICO:

NOMBRE: Francisco Azrael Cortés Hernández

D.G.P.: 4414542

Extiendo la presente a solicitud de los interesados con el fin de ser presentada única y exclusivamente para trámite del menor a quien identifico en este documento.

Dr. Francisco Azrael Cortés Hernández

Se anexa copia de mi cédula profesional para cotejo de firma

San Luis Potosí, S.L.P. a ____ de _____ del _____

A quien corresponda:

Declaro que mi nombre completo es:

_____ y soy
padre / madre o tutor/a legal del / de la menor
_____ y que los datos
que he otorgados al Médico: Francisco Azrael Cortés Hernández para
el trámite de pasaporte de mi hijo/a son verídicos y actualizados al día
_____ del mes de _____ del año _____.

Haciendome responsable de cualquier error, omisión y veracidad de
la información proporcionada para los fines solicitados.

Tambien declaro que he leído el aviso de privacidad que se localiza
en el sitio: <https://neopediatricos.com/aviso-de-privacidad.html> y auto-
rizo el uso de información que he proporcionado del / de la menor que
represento.

Nombre y Firma