

San Luis Potosí, S.L.P. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

SECRETARIA DE RELACIONES EXTERIORES  
PRESENTE

La suscrito médico cirujano pediatra, Marcela Silva Méndez, 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: Marcela Silva Méndez

D.G.P.: 5204941

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.

\_\_\_\_\_  
Dra. Marcela Silva Méndez

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: Marcela Silva Méndez 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: <http://neopediatricos.com.mx/aviso-de-privacidad.html> y  
autorizo el uso de información que he proporcionado del / de la menor  
a la que represento.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma