

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS DE QUIROGA (MNSSA005514) LOS ESPINOS S/N COCUPAO	FECHA SOLICITUD: 28/02/2024 15:29	FOLIO: CERTM2455140002
EL SUSCRITO (MÉDICO): MÉDICA (O) GENERAL JUAN MANUEL FARIAS FARIAS		

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE		
NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)): BALDOVINOS CASTRO MARIA ISAVEL	POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: SSA005514EXP202402280788
SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 86 años	ES: <input checked="" type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> NO APTO
PARA: <input type="checkbox"/> MATRIMONIO <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> ESCUELA <input type="checkbox"/> DIVORCIO <input type="checkbox"/> LICENCIA <input checked="" type="checkbox"/> DISCAPACIDAD		

BAJO LOS SIGUIENTES CUESTIONAMIENTOS:	EN CASO AFIRMATIVO. ¿CUÁL ES?
¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD PREVIA DE IMPORTANCIA QUE IMPOSIBILITE O REPRESENTA ALGÚN RIESGO PARA LAS PERSONAS QUE CONVIVAN CON EL (ELLA)?: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	

EXPLORACIÓN FÍSICA			
PESO EN KG: 53.6 (Kg)	TALLA EN CM: 140 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 100/60 (mmHg)	
OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	OÍDOS (INCLUYENDO AGUDEZA): <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL	CUELLO: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	TÓRAX: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL
ABDOMEN: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	GENITALES: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	

LAS ANORMALIDADES QUE SE REFIEREN EN EL PÁRRAFO ANTERIOR	
¿REPRESENTA ALGÚN TIPO DE INCAPACIDAD PARA LA PERSONA?: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
¿LA PERSONA REQUIERE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO?: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	EN CASO DE SER AFIRMATIVO. ¿QUÉ TRATAMIENTO?:
¿CONSIDERA NECESARIO REFERIR A LA PERSONA A OTRA UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD PARA SU TRATAMIENTO?: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	EN CASO DE SER AFIRMATIVO. ¿A CÚAL?:
¿CONSIDERA USTED QUE EL PACIENTE REQUIERE ALGÚN ESTUDIO: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	EN CASO DE SER AFIRMATIVO. ¿CUÁL(ES)?:
TIPO DE SANGRE: <input type="checkbox"/> A + <input type="checkbox"/> A - <input type="checkbox"/> B + <input type="checkbox"/> B - <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> AB - <input type="checkbox"/> O + <input type="checkbox"/> O -	FACTOR RH: <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO
RESULTADO: FEMENINO DE 86 AÑOS DE EDAD LA CUAL PRESENTA DIAGNOSTICO DE HIPOACUSIA BILETARAL	

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA MATRIMONIO AGREGAR	
V.D.R.L.:	OTRO EXAMEN:

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA DIVORCIO AGREGAR	
RESULTADO DEL EXAMEN DE GRAVINDEX:	

NOTA: EN VIRTUD DE QUE ES UN DOCUMENTO LEGAL DEBE DE REALIZARSE HISTORIA CLÍNICA Y/O LA NOTA MÉDICA.

NOMBRE DEL MÉDICO:	MÉDICA (O) GENERAL JUAN MANUEL FARIAS FARIAS
EGRESADO DE:	MÉDICA (O) GENERAL
CÉDULA DE LA D.G.P.:	4048775
REGIÓN SANITARIA:	
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:	CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS DE QUIROGA
HORARIO DE CONSULTA:	Fecha inválida

FIRMA DEL MÉDICO: 	SECRETARÍA DE SALUD SELLO DE LA UNIDAD: MICHOACÁN JURISDICCIÓN SANITARIA No 4 PATZCUARO CENTRO DE SALUD QUIROGA MICHOACÁN
-----------------------	---