



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
PROGRAMA IMSS BIENESTAR
ZONA 5 PARACHO
REGIÓN 1 ZAMORA
UMR CHERANASTICO

Cheranástico Michoacán a 22 de MAYO del 2024

A QUIEN CORRESPONDA:

Por este medio hago constar que la **C. RAMOS LOPEZ MA. MAGDALENA** de 70 años de edad originario y residente de CHERANASTICO, Michoacán, con domicilio actual en CALLE EMILIANO ZAPATA # 13 quien al momento de realizado de realizado este documento presenta los siguientes signos vitales: peso 80 kg, talla 153 cm, frecuencia cardiaca de 72 lpm, frecuencia respiratoria de 16 rpm, temperatura de 36.3°C, tensión arterial 110/60 mmHg, agudeza visual CONSERVADA, auditiva CONSERVADA, CON DIFICULTAD para la deambulaci3n. Paciente la cual acude a la consulta externa para valoraci3n de salud la cual se **certifica a esta persona con LIMITACION FUNCIONAL DE LA MOVILIDAD POSTRAUMATICA** POR LO QUE SE SOLICITAN BAST3N ORTOPEDICO

Se expide la presente para los fines legales que al interesado convenga.

MPSS CARO ESCOBAR JOSE DAVID

MATRÍCULA: 96171972

