



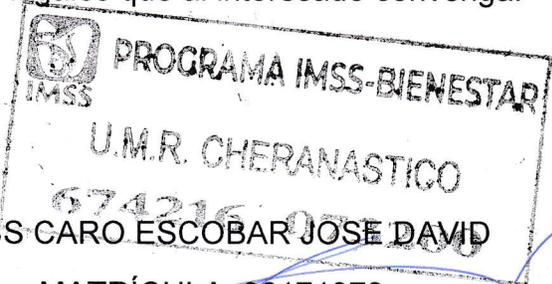
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
PROGRAMA IMSS BIENESTAR
ZONA 5 PARACHO
REGIÓN 1 ZAMORA
UMR CHERANASTICO

Cheranástico Michoacán a 22 de MAYO del 2024

A QUIEN CORRESPONDA:

Por este medio hago constar que la **C. HERNANDEZ MEDINA ESPERANZA** de 65 años de edad originario y residente de CHERANASTICO, Michoacán, con domicilio actual en CALLE ROSARIO # SN quien al momento de realizado de realizado este documento presenta los siguientes signos vitales: peso 66 kg, talla 153 cm, frecuencia cardiaca de 82 lpm, frecuencia respiratoria de 17 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 ANDADERA**

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


MPSS CARO ESCOBAR JOSE DAVID
MATRÍCULA: 96171972