




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. CAMPOS BAUTISTA ADELINA** de 68 años de edad originario y residente de CHERANASTICO, Michoacán, con domicilio actual en CALLE NIÑO ARTILLERO # 19 quien al momento de realizado de realizado este documento presenta los siguientes signos vitales: peso 70 kg, talla 154 cm, frecuencia cardiaca de 76 lpm, frecuencia respiratoria de 18 rpm, temperatura de 37°C, tensión arterial 120/60 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 FUCNIONAL DE LA MOVILIDAD POR SENECTUD POR LO QUE SE SOLICITAN SILLA DE RUEDAS.**

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

 PROGRAMA IMSS-BIENESTAR  
U.M.R. CHERANASTICO  
674216 073200  
MPSS CARO ESCOBAR JOSE DAVID  
MATRÍCULA: 96171972