



CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD



Gobierno de Michoacán

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUBES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO)		FECHA SOLICITUD	FOLIO
CENTRO DE SALUD CARACUARO DE MORELOS (MNSSA000421) MIGUEL HIDALGO 88 CENTRO		04/06/2024 09:10	CERTM2404210012
EL SUSCRITO (MÉDICO)			
MÉDICA (O) GENERAL CAMERINA CASTRO VAZQUEZ			
BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE			
NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S))		POLIZA	NUMERO DE EXPEDIENTE
RICO GARCIA NICOLAS		N/A	SSA000421EXP202406040353
SEXO	EDAD	ES	PARA
<input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	97 años	<input type="checkbox"/> APTO <input checked="" type="checkbox"/> NO APTO	<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 ALGUN RIESGO PARA LAS PERSONAS QUE CONVIVAN CON EL (ELLA)?		SI, NECESITA LA SILLA DE BANO/PARA QUE LE REALICEN SUS NECESIDADES BASICAS) YA QUE HACE DOS MESES TUVO FRACTURA DE CADERA.	
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
EXPLORACIÓN FÍSICA			
PESO EN KG		TALLA EN CM	P.A. SIST / DIAST.
55.100 (kg)		160 (cm)	120/60 (mmHg)
OCOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL)	OÍDOS (INCLUYENDO AGUDEZA)	CUELLO	TORAX
<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL
ABDOMEN	GENITALES:	MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	
<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL	
LAS ANORMALIDADES QUE SE REFIEREN EN EL PÁRRAFO ANTERIOR			
¿REPRESENTA ALGUN TIPO DE INCAPACIDAD PARA LA PERSONA?			
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿LA PERSONA REQUIERE ALGUN TIPO DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO?		EN CASO DE SER AFIRMATIVO ¿QUÉ TRATAMIENTO?	
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		CIRUGIA (POR LA EDAD YA CORRE PELIGRO)	
¿CONSIDERA NECESARIO REFERIR A LA PERSONA A OTRA UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD PARA SU TRATAMIENTO?		EN CASO DE SER AFIRMATIVO ¿A CUAL?	
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
¿CONSIDERA USTED QUE EL PACIENTE REQUIERE ALGUN ESTUDIO		EN CASO DE SER AFIRMATIVO ¿CUAL(ES)?	
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
TIPO DE SANGRE		FACTOR RH:	
<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-		<input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO	
RESULTADO:			
CERIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA MATRIMONIO AGREGAR			
V.D.R.L.		OTRO EXAMEN	
CERIFICADO 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 CAMERINA CASTRO VAZQUEZ
 PRESENTADO DE: MÉDICA (O) GENERAL
 CÚPULA DE LA D.G.P.: 9679707
 CATEGORÍA SANITARIA:
 UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: CENTRO DE SALUD CARACUARO DE MORELOS
 FECHA DE CONSULTA: 04/06/2024 09:10

Centro de Caracuaru de Morelos
 FIRMA DEL MÉDICO
 SECRETARÍA DE SALUD
 GOBIERNO DE MICHOACÁN
 Dr. Camerina Castro
 AVENIDA MIGUEL HIDALGO
 COL. CENTRO, C.P. 61000
 CARACUARO, MICHOACÁN

Interesado: Copia Expediente clínico