

| | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------|
| UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD SENGUJO (MNSSA002900) INDEPENDENCIA 30 SENGUJO | FECHA SOLICITUD: 31/05/2024 14:32 | FOLIO: CERTM2429000217 |
|---|--------------------------------------|---------------------------|

EL SUSCRITO (MÉDICO):
MÉDICA (O) GENERAL ELIZABETH HERNANDEZ CORREA

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE

| | | |
|---|----------------|---|
| NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)): MIRANDA TORRES FRANCISCO | POLIZA: N/A | NÚMERO DE EXPEDIENTE: SSA002900EXP202312080950 |
|---|----------------|---|

| | | | |
|--|------------------|--|--|
| SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO | EDAD: 19 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: ¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD PREVIA DE IMPORTANCIA QUE IMPOSIBILITE O REPRESENTA ALGÚN RIESGO PARA LAS PERSONAS QUE CONVIVAN CON EL (ELLA)? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | EN CASO AFIRMATIVO. ¿CUÁL ES? Lupus Eritematoso Sistémico + Mielitis Transversa |
|--|--|

EXPLORACIÓN FÍSICA

| | | |
|------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| PESO EN KG: 84 (Kg) | TALLA EN CM: 170 (cm) | P.A. SIST / DIAST: 110/60 (mmHg) |
|------------------------|--------------------------|-------------------------------------|

| | | | |
|--|--|--|---|
| OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL | OÍDOS (INCLUYENDO AGUDEZA): <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input 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 type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL |
|---|---|--|

LAS ANORMALIDADES QUE SE REFIEREN EN EL PÁRRAFO ANTERIOR

| |
|---|
| ¿REPRESENTA ALGÚN TIPO DE INCAPACIDAD PARA LA PERSONA?: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO |
|--|--|

RESULTADO:
DISCAPACIDAD MOTRIZ + PARAPLEJIA + MIELITIS TRANSVERSA + REQUIERE SILLA DE RUEDAS

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:

Gobierno del Estado de Michoacán
2015-2021



SECRETARÍA DE SALUD

FIRMA DEL MÉDICO

SELLO DE LA UNIDAD:

CS SENGUJO

INDEPENDENCIA

ESQ. MARÍA CLEOTILDE S/N

C.P. 61290

SENGUJO, MICH.

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 ELIZABETH HERNANDEZ CORREA | <p><i>Dra. Elizabeth Miranda Correa</i> U. M. S. N. # Ced. Prof. 5781624</p> |
| EGRESADO DE: MÉDICA (O) GENERAL | |
| CÉDULA DE LA D.G.P.: 5781624 | |
| REGIÓN SANITARIA: | |
| UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: CENTRO DE SALUD SENGUJO | |
| HORARIO DE CONSULTA: 31/05/2024 14:32 | |

Original: Interesado Copia: Expediente clínico