



CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD



Ministerio de Salud
República Dominicana

CENTRO MÉDICO (NOMBRE, CLASE, JURISDICCIONAL, ESPECIALIDAD)		FECHA EXAMEN (D)	HORA
CENTRO DE SALUD LA ORILLA (LA ORILLA) - INDEPENDENCIA, ESPECIALIDAD EN SALUD (LA ORILLA LA ORILLA)		SECCION (D)	CENTRO MÉDICO
EL SUBSCRIBENTE (MÉDICO)			
MÉDICA (O) GENERAL, XISE ANTONIO MALDONADO LIRA			
BAJO PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, CERTIFICA QUE			
NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S))		EDAD	SEXO
		NO	NO
¿TUVO PUNTA BASTON?		EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUAL ES?	
¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD PREVIA DE IMPORTANCIA QUE IMPOSIBILITE O REPRESENTA ALGÓN RIESGO PARA LAS PERSONAS QUE CONVIVAN CON EL/ELLA?			
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

EXPLORACIÓN FÍSICA		
PESO EN KG	TALLA EN CM	P.A. SIST./DIAST.
84 (kg)	163 (cm)	121/72 (mmHg)
OCOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL)	ODOS (INCLUYENDO AGUDEZA)	CUELLO
<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
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 checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL

LAS ANORMALIDADES QUE SE REFIEREN EN EL PÁRRAFO ANTERIOR	
¿REPRESENTA ALGÓN TIPO DE INCAPACIDAD PARA LA PERSONA?	
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿LA PERSONA REQUIERE ALGÓN TIPO DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO?	EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿QUÉ TRATAMIENTO?
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	AUXILIAR AUDITIVO DIGITAL PROGRAMABLE
¿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 ALGÓN ESTUDIO?	EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿CUALES?
<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 checked="" type="checkbox"/> O+ <input type="checkbox"/> O-	<input checked="" type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO

RESULTADO: HIPACUSIA MEDIA BILATERAL

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA MATRIMONIO AGREGAR	OTRO EXAMEN
V.D.R.L.	

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA DIVORCIO AGREGAR
RESULTADO DEL EXAMEN DE GRAVIDEX:

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, XISE ANTONIO MALDONADO LIRA
EGRESADO DE:	MÉDICA (O) GENERAL
CÉDULA DE LA D.G.P.:	9928917
REGIÓN SANITARIA:	
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:	CENTRO DE SALUD LA ORILLA (LA ORILLA)
HORARIO DE CONSULTA:	06/06/2024 15:28


 FIRMA DEL MÉDICO
 XISE ANTONIO MALDONADO LIRA

 SECRETARÍA DE SALUD
 LA ORILLA
 DOMINICANA REPÚBLICA