



CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD



Gobierno de Michoacán

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIONAL, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD LA ORILLA (LA ORILLITA) (MUSAMAMBI) DIVISIONAL SIN NUMERO LA ORILLA (LA ORILLITA)	FECHA SOLICITUD: 07/06/2024 13:03	FOLIO: CERTM2448300088
EL SOLICITANTE (MÉDICO): MÉDICA (S) GENERAL ROSA ISELA MORA MENDOZA		

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE

NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)): GARCIA YAREZ GABRIEL	POLIZA: NA	NUMERO DE EXPEDIENTE: SSA004830EXP202408070801
SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 77 años	ES: <input type="checkbox"/> APTO <input checked="" 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		

¿SENE O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD PREVA DE IMPORTANCIA QUE IMPOSIBLITE O REPRESENTA ALGUN RIESGO PARA LAS PERSONAS QUE CONVIVAN CON EL (ELLA)? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL ES? PACIENTE EL CUAL CURSA CON PROBLEMAS CRONICODEGENERATIVOS PARA DEAMBULAR, PERDIDA DE FUERZA Y TONO MUSCULAR EN EXTREMIDADES PELVICAS INFERIORES.
--	---

EXPLORACION FISICA	TALLA EN CM: 158 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 100/80 (mmHg)
OCOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL	OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA): <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL	CUELLO: <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	TORAX: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL
MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES: <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL		

LAS ANORMALIDADES QUE SE REFIEREN EN EL PARRAFO ANTERIOR	
¿PRESENTA ALGUN TIPO DE INCAPACIDAD PARA LA PERSONA? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
¿LA PERSONA REQUIERE ALGUN TIPO DE TRATAMIENTO ESPECIFICO? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿QUÉ TRATAMIENTO? SILLA DE RUEDAS PARA MOVERLO
¿ES NECESARIO REFERIR A LA PERSONA A OTRA UNIDAD DE ATENCION A LA SALUD PARA SU TRATAMIENTO? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿A CUAL?
¿CONVIENE LISTO QUE EL PACIENTE REQUIERE ALGUN 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 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 type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO

MARCO LEGAL CON IMPOSIBILIDAD PARA DEAMBULAR POR SI SOLO. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD (Z736)

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA MATRIMONIO AGREGAR	OTRO EXAMEN
---	-------------

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA DIVORCIO AGREGAR
RESULTADO DEL EXAMEN DEL GRAVINDEX



[Handwritten Signature]

NOTA: LA VALIDEZ DE QUE ES UN DOCUMENTO LEGAL PARA REALIZAR HISTORIA CLINICA Y/O LA NOTA MEDICA	FIRMA DEL MÉDICO
NOMBRE DEL MÉDICO: MÉDICA (S) GENERAL ROSA ISELA MORA MENDOZA	 LA ORILLA CARRERA LUPATHEO PUEBLO MARTIN SAN C.P. 68600 LÁZARO CÁRDENAS MICHOACÁN
RESERVA (S): MÉDICA (S) GENERAL	
CEDULA DE LA D.S.P.: 689539	
REGIMEN SANITARIO	
UNIDAD DE ADSCRIPCION: CENTRO DE SALUD LA ORILLA (LA ORILLITA)	
FECHA DE CONSULTA: 07/06/2024 13:03	SELLO DE LA UNIDAD