



CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD



Gobierno de Michoacán

| | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------|
| UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD LAS GUACAMAYAS (MNSSA001821) ZINAPARO SIN NUMERO GUACAMAYAS | FECHA SOLICITUD: 07/06/2024 12:01 | FOLIO: CERTM2418210118 |
|--|--------------------------------------|---------------------------|

| |
|---|
| EL SUSCRITO (MÉDICO): MÉDICA (O) GENERAL HUGO ZUÑIGA OCHOA |
|---|

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE

| | | |
|--|----------------|-------------------------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)): ZARCO MACIEL MA. DE LOURDES | POLIZA: N/A | NÚMERO DE EXPEDIENTE: 77-R |
|--|----------------|-------------------------------|

| | | | |
|--|------------------|--|--|
| SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO | EDAD: 42 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 ALGUN RIESGO PARA LAS PERSONAS QUE CONVIVAN CON EL (ELLA)? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL ES? |
|--|-------------------------------|

EXPLORACIÓN FÍSICA

| | | |
|--|--|--|
| PESO EN KG: 98.700 (Kg) | TALLA EN CM: 161 (cm) | P.A. SIST / DIAST: 120/80 (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 |
| ABDOMEN: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL | GENITALES: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL | TÓRAX: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL |
| | MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL | |

LAS ANORMALIDADES QUE SE REFIEREN EN EL PÁRRAFO ANTERIOR

| | |
|--|--|
| ¿REPRESENTA ALGÚN TIPO DE INCAPACIDAD PARA LA PERSONA? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" 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 CUAL? |
| ¿CONSIDERA USTED 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 checked="" type="checkbox"/> O+ <input type="checkbox"/> O- | FACTOR RH: <input checked="" type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO |

RESULTADO:
EPILEPSIA Y RETRASO PSICOMOTOR, CON DISCAPACIDAD PARA DEAMBULAR

| | |
|---|--------------|
| CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA MATRIMONIO AGREGAR | OTRO EXAMEN: |
| V.O.R.L. | |

| |
|---|
| CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA DIVORCIO AGREGAR |
| RESULTADO DEL EXAMEN DE GRAVINDEX: |

ALFONSO DE LA ROSA
MÉDICO GENERAL
SECRETARÍA DE SALUD
C.S. LAS GUACAMAYAS
FIRMA DEL MÉDICO
SELLO DE LA UNIDAD:
CLUES MESSA001821
C. ZINAPARO 445,
ESQ. TARRIBARCO
COL. EL ERDO
C.P. 60290
LAS GUACAMAYAS
LAZARO CARDENAS

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------|--------------------|----------------------|---------|-------------------|--|------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------|
| NOTA: EN VIRTUD DE QUE ES UN DOCUMENTO LEGAL DEBE DE REALIZARSE HISTORIA CLÍNICA Y/O LA NOTA MÉDICA. | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0"> <tr> <td>REVISOR DEL MÉDICO:</td> <td>MÉDICA (O) GENERAL HUGO ZUÑIGA OCHOA</td> </tr> <tr> <td>ELEGANCIA DE:</td> <td>MÉDICA (O) GENERAL</td> </tr> <tr> <td>CÉDULA DE LA D.G.P.:</td> <td>7260621</td> </tr> <tr> <td>REGIÓN SANITARIA:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:</td> <td>CENTRO DE SALUD LAS GUACAMAYAS</td> </tr> <tr> <td>HORARIO DE CONSULTA:</td> <td>07/06/2024 12:01</td> </tr> </table> | REVISOR DEL MÉDICO: | MÉDICA (O) GENERAL HUGO ZUÑIGA OCHOA | ELEGANCIA DE: | MÉDICA (O) GENERAL | CÉDULA DE LA D.G.P.: | 7260621 | REGIÓN SANITARIA: | | UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: | CENTRO DE SALUD LAS GUACAMAYAS | HORARIO DE CONSULTA: | 07/06/2024 12:01 |
| REVISOR DEL MÉDICO: | MÉDICA (O) GENERAL HUGO ZUÑIGA OCHOA | | | | | | | | | | | |
| ELEGANCIA DE: | MÉDICA (O) GENERAL | | | | | | | | | | | |
| CÉDULA DE LA D.G.P.: | 7260621 | | | | | | | | | | | |
| REGIÓN SANITARIA: | | | | | | | | | | | | |
| UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: | CENTRO DE SALUD LAS GUACAMAYAS | | | | | | | | | | | |
| HORARIO DE CONSULTA: | 07/06/2024 12:01 | | | | | | | | | | | |