



CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD



Gobierno de Michoacán

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS TANCITARO (MNSSA003023) LÁZARO CÁRDENAS 5 MAGISTERIAL	FECHA SOLICITUD: 05/06/2024 13:30	FOLIO: CERTM2430230274
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------

EL SUSCRITO (MÉDICO): MÉDICA (O) PASANTE KARLA CARINA SOLORZANO PANTOJA

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE

NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)): SORIANO ANDRADE ESTEBAN	POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: SSA003023EXP202402291041
------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	---------------------------------------------------

SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 76 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
------------------------------------------------------------------------------------------	------------------	----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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? GONARTROSIS BILATERAL, ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, SÍNDROME DE FRAGILIDAD
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EXPLORACIÓN FÍSICA			
PESO EN KG: 71 (Kg)	TALLA EN CM: 158 (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 type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" 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	

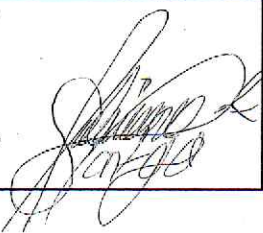
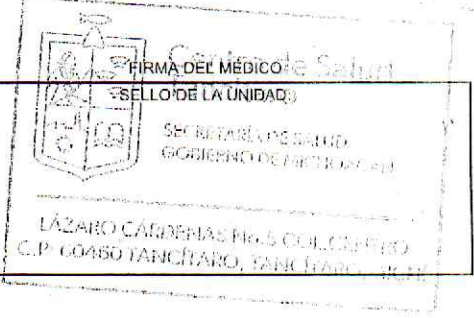
LAS ANORMALIDADES QUE SE REFIEREN EN EL PÁRRAFO ANTERIOR	
¿REPRESENTA ALGÚN TIPO DE INCAPACIDAD PARA LA PERSONA?: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿LA PERSONA REQUIERE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO?: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EN CASO DE SER AFIRMATIVO. ¿QUÉ TRATAMIENTO?: APOYO DE SILLA DE RUEDAS
¿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 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: GONARTROSIS BILATERAL, ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, SÍNDROME DE FRAGILIDAD

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:	

NOTA: EN VIRTUD DE QUE ES UN DOCUMENTO LEGAL DEBE DE REALIZARSE HISTORIA CLÍNICA Y/O LA NOTA MÉDICA.

NOMBRE DEL MÉDICO: MÉDICA (O) PASANTE KARLA CARINA SOLORZANO PANTOJA		
EGRESADO DE: MÉDICA (O) PASANTE		
CÉDULA DE LA D.G.P.: 1711582H		
REGIÓN SANITARIA:		
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS TANCITARO		
HORARIO DE CONSULTA: 05/06/2024 13:30		