

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD PERIBAN DE RAMOS (MNSSA002562) EMILIANO ZAPATA 46 PERIBÁN DE RAMOS	FECHA SOLICITUD: 05/06/2024 14:39	FOLIO: CERTM2425620232
---	--------------------------------------	---------------------------

EL SUSCRITO (MÉDICO): MÉDICA (O) GENERAL LUZ MARIA RODRIGUEZ CEJA
--

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE

NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)): SANDOVAL OLIVERA ALEJANDRO	POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: SSA002562EXP202406051038
---	----------------	---

SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 81 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:	EN CASO AFIRMATIVO. ¿CUÁL ES?
---------------------------------------	-------------------------------

¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD PREVIA DE IMPORTANCIA QUE IMPOSIBLE O REPRESENTA ALGÚN RIESGO PARA LAS PERSONAS QUE CONVIVAN CON EL (ELLA)?: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	paciente masculino de 81 años de edad que se presenta por certificado de discapacidad con diagnostico hipoacusia
---	--

EXPLORACIÓN FÍSICA

PESO EN KG: 60 (Kg)	TALLA EN CM: 155 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 130/80 (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	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 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 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?: APARATOS AUDITIVOS
---	---

¿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 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 type="checkbox"/> O+ <input type="checkbox"/> O-	FACTOR RH: <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO
---	---

RESULTADO:
------------



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) GENERAL LUZ MARIA RODRIGUEZ CEJA	FIRMA DEL MÉDICO: 
EGRESADO DE: MÉDICA (O) GENERAL	SELLO DE LA UNIDAD: 
CÉDULA DE LA D.G.P.: 3705616	SECRETARÍA DE SALUD GOBIERNO DE MICHOACÁN
REGIÓN SANITARIA:	
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: CENTRO DE SALUD PERIBAN DE RAMOS	
HORARIO DE CONSULTA: 05/06/2024 14:39	

Original: Interesado Copia: Expediente clínico

EMILIANO ZAPATA No. 46 COL. CENTRO  
C.P. 60440 PERIBÁN, MICH