



# CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD



Gobierno de Michoacán

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS TANCITARO (MNSSA003023) LAZARO CÁRDENAS 5 MAGISTERIAL	FECHA SOLICITUD: 05/06/2024 10:19	FOLIO: CERTM2430230273
--	--------------------------------------	---------------------------

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)): SOLORZANO SOLORZANO YAJAIRA	POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: SSA003023EXP202401231741
--	----------------	---

SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 26 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 CONVIVIRÁN CON EL (ELLA)? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO. ¿CUÁL ES? DISCAPACIDAD VISUAL PERMANENTE POR QUERATOCONO BILATERAL CONGENITO, OJO IZQUIERDO CON PERDIDA TOTAL DE LA AGUDEZA VISUAL, OJO DERECHO CON 20% DE AGUDEZA VISUAL CONSERVADA, DIFICULTAD DE LA DEAMBULACION, CON APOYO DE BASTON.
--	--

EXPLORACIÓN FÍSICA			
PESO EN KG: 54 (Kg)	TALLA EN CM: 143 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 110/70 (mmHg)	
OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" 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 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?: BASTON DE CUATRO PUNTOS
¿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:  
DISCAPACIDAD VISUAL PERMANENTE POR QUERATOCONO BILATERAL CONGENITO, OJO IZQUIERDO CON PERDIDA TOTAL DE LA AGUDEZA VISUAL, OJO DERECHO CON 20% DE AGUDEZA VISUAL CONSERVADA, DIFICULTAD DE LA DEAMBULACION, CON APOYO DE BASTON.

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
CEQUILA DE LA D.G.P.:	1711582H
REGIÓN SANITARIA:	
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:	CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS TANCITARO
HORARIO DE CONSULTA:	05/06/2024 10:19

FIRMA DEL MÉDICO

SELLO DE LA UNIDAD: