



FUNDACIÓN BEST, A.C.
DIVISIÓN SALUD

Certificado Médico

El que suscribe, Médico Cirujano legalmente autorizado para ejercer su profesión.

Certifica

Que habiendo practicado reconocimiento médico a:

NOMBRE: RAFAEL SAAVEDRA OROZCO	EDAD: 71 años	NÚMERO DE EXPEDIENTE: 0082038851	
SEXO: MASCULINO		FECHA DE NACIMIENTO: 24/11/1952	
Peso <u>68 Kg</u>	Talla <u>1.56 m</u>	IMC <u>27.942 Kg/m²</u>	Temperatura <u>36.5 °C</u>
T.A. <u>110/80 mm/Hg</u>	F.C. <u>95 x/mín</u>	F.R. <u>22 x/mín</u>	C. Abdominal <u>cm</u>

Se encuentra:

SE TRATA DE PACIENTE MASCULINO DE 71 AÑOS ORIGINARIO Y RESIDENTE DEL ESTADO DE MICHOACAN, HEMOTIPO: SE IGNORA POR EL PACIENTE Y FAMILIARES

CURSA CON CARGA GENETICA PREDISPONENTE A DIABETES E HIPERTENSION ARTERIAL POR PADRES, ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSION ARTERIAL DE MAS DE 15 AÑOS DE EVOLUCION CON COMPLICACIONES VASCULARES EN TRATAMIENTO. ANTECEDENTES DE ARTRITIS REUMATOIDE DE MAS DE 10 AÑOS DE EVOLUCION EN TRATAMIENTO FARMACOOGICO.

PACIENTE DESPIERTO, ORIENTADO, CON DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL CONSECUENTE A COMPLICACIONES POR HIPERTENSION ARTERIAL, SOMATOTIPO ECTOMÓRFICO. CABEZA Y CUELLO SIN ALTERACIONES, CARDIOPULMONARES SIN COMPROMISO AL MOMENTO. EXTREMIDADES SUPERIORES CON LIMITACIONES PARA LA PRONOSUPINACION CON DEFORMACION MODERADA DE LOS DEDOS, EXTREMIDADES INFERIORES CON DEFORMACION A NIVEL DE LAS RODILLAS CON LIMITACION A LA MARCHA.

PACIENTE CLINICAMENTE CON LIMITACIONES PARA LA MARCHA SECUNDARIO A COMPLICACIONES DE ARTRITIS REUMATOIDE, REQUIERE DE ASISTENCIA PARA SUS ACTIVIDADES DIARIAS TILES COMO LA HIGIENE PERSONAL, BAÑO Y COMIDA.

PACIENTE APTO PARA USO DE EQUIPO DE ASISTENCIA PERSONAL

Se extiende el presente certificado para los fines que al interesado convengan, en la ciudad de: ACUITZIO, MICHOACAN DE OCAMPO.

a los 5 días del mes de junio de 2024

Dr. : ALBERTO MARTÍÑON INFANTE

Cédula profesional: PROV.AC-17648/24

Universidad de egreso: UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA