

|   |                                      |                           |
|---|--------------------------------------|---------------------------|
| UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO):<br>CENTRO DE SALUD PERIBAN DE RAMOS (MNSSA002562) EMILIANO ZAPATA 46 PERIBÁN DE RAMOS | FECHA SOLICITUD:<br>14/06/2024 12:08 | FOLIO:<br>CERTM2425620246 |
|---|--------------------------------------|---------------------------|

|  |
|--|
| EL SUSCRITO (MÉDICO):<br>MÉDICA (O) GENERAL LUZ MARIA RODRIGUEZ CEJA |
|--|

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE

|   |                |   |
|---|----------------|---|
| NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)):<br>ARROYO GARCIA BALTAZAR | POLIZA:<br>N/A | NÚMERO DE EXPEDIENTE:<br>SSA002562EXP202406051036 |
|---|----------------|---|

|  |                  |  |  |
|--|------------------|--|--|
| SEXO:<br><input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO | EDAD:<br>68 años | ES:<br><input checked="" type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> NO APTO | PARA:<br><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:<br>¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD PREVIA DE IMPORTANCIA QUE IMPOSIBILITE O REPRESENTA ALGÚN RIESGO PARA LAS PERSONAS QUE CONVIVAN CON EL (ELLA)?:<br><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | EN CASO AFIRMATIVO. ¿CUÁL ES?<br>PACIENTE MASCULINO DE 71 AÑOS DE EDAD QUE TIENE COMO DIAGNOSTICO EVENTO VASCULAR CEREBRAL EL CUAL DEJO SECUELAS DEL MISMO EL CUAL LE IMPIDE CAMICAR SE LE PIDEN UNA SILLA DE BAÑO |
|---|--|

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| EXPLORACIÓN FÍSICA   |  |  |   |
| PESO EN KG:<br>90 (Kg)   | TALLA EN CM:<br>160 (cm)   | P.A. SIST / DIAST:<br>130/80 (mmHg)  |   |
| OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL):<br><input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL | OÍDOS (INCLUYENDO AGUDEZA):<br><input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL | CUELLO:<br><input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL                           | TÓRAX:<br><input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL |
| ABDOMEN:<br><input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL                          | GENITALES:<br><input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL                  | MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES:<br><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?:<br><input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |  |
| ¿LA PERSONA REQUIERE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO?:<br><input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   | EN CASO DE SER AFIRMATIVO. ¿QUÉ TRATAMIENTO?:<br>FARMACOLOGICO Y SILLA DE BAÑO Y DE RUEDAS |
| ¿CONSIDERA NECESARIO REFERIR A LA PERSONA A OTRA UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD PARA SU TRATAMIENTO?:<br><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO  | EN CASO DE SER AFIRMATIVO. ¿A CÚAL?:   |
| ¿CONSIDERA USTED QUE EL PACIENTE REQUIERE ALGÚN ESTUDIO:<br><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO  | EN CASO DE SER AFIRMATIVO. ¿CUÁL(ES)?:   |
| TIPO DE SANGRE:<br><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:<br><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:<br>MÉDICA (O) GENERAL LUZ MARIA RODRIGUEZ CEJA | FIRMA DEL MÉDICO:<br>                          |
| EGRESADO DE:<br>MÉDICA (O) GENERAL                                | SELLO DE LA UNIDAD:<br>Centro de Salud Periban |
| CÉDULA DE LA D.G.P.:<br>3705616                                   | SECRETARÍA DE SALUD GOBIERNO DE MICHOACÁN      |
| REGIÓN SANITARIA:   |  |
| UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:<br>CENTRO DE SALUD PERIBAN DE RAMOS        |  |
| HORARIO DE CONSULTA:<br>14/06/2024 12:08                          |  |

Original: Interesado Copia: Expediente clínico

EMILIANO ZAPATA No.46 COL. CENTRO  
C.P. 60140 PERIBÁN MICH.