

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD ACUITZIO DEL CANJE (MNSSA000013) SEGUNDA NICOLÁS BRAVO 56 CENTRO		FECHA SOLICITUD: 07/06/2024 12:59	FOLIO: CERTM2400130395
EL SUSCRITO (MÉDICO): MÉDICA (O) PASANTE GABRIEL ALEJANDRO ARIAS MEDINA			
BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE			
NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)): CHAVEZ DUARTE MARIA ELVIRA		POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: 2442
SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 85 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: ¿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? PACIENTE FEMENINA CON DIFICULTAD PARA LA DEMABULACION ASI COMO DISMINUCION E LA CAPACIDAD AUDITIVA DEL 80%, ASI COMO BAJA VISION MUY SUCEPTIBLE A CAIDAS, SE REALIZAR CERTICADO PARA APOYOLLO POR PARTE DE PRESIDENCIA	

EXPLORACIÓN FÍSICA			
PESO EN KG: 71 (Kg)	TALLA EN CM: 149 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 143/67 (mmHg)	
OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" 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 type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" 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?: MEDICO Y FISIOTERAPIA
¿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 checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EN CASO DE SER AFIRMATIVO. ¿CUÁL(ES)?: ESTUDIOS DE AUDICON VISTA Y RX
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 GRAVINDEIX:	

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 GABRIEL ALEJANDRO ARIAS MEDINA	<p><b>Dr. Gabriel Alejandro Arias Medina</b> 1/68937c</p>	<p><b>Centro de Salud Acuitzio del Canje</b> SECRETARIA DE SALUD MICHOACÁN GOBIERNO DEL ESTADO DE MICHOACÁN SEGUNDA NICOLÁS BRAVO #56 COL. CENTRO, C.P. 58460 ACUITZIO, MICHOACÁN</p>
EGRESADO DE:	MÉDICA (O) PASANTE		
CÉDULA DE LA D.G.P.:	MPSS		
REGIÓN SANITARIA:			
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:	CENTRO DE SALUD ACUITZIO DEL CANJE		
HORARIO DE CONSULTA:	07/06/2024 12:59		