

| | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------|
| UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD PERIBAN DE RAMOS (MNSSA002562) EMILIANO ZAPATA 46 PERIBÁN DE RAMOS | FECHA SOLICITUD: 14/06/2024 13:51 | FOLIO: CERTM2425620256 |
|---|--------------------------------------|---------------------------|

| |
|--|
| 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)): AYALA BUCIO J.TRINIDAD | POLIZA: N/A | NÚMERO DE EXPEDIENTE: SSA002562EXP202406141099 |
|---|----------------|---|

| | | | |
|--|-------------------|--|--|
| SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO | EDAD: 100 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 DE 100 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE PARAPLEJIA POR SECUELAS POR ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL POR LO QUE NECESITA UNA ANDADERA |
|---|--|

| | | | |
|--|---|--|---|
| EXPLORACIÓN FÍSICA | | | |
| PESO EN KG: 62 (Kg) | TALLA EN CM: 156 (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 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?: FARMACOLOGICA Y ANDADERA |
| ¿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 |
| EGRESADO DE: | MÉDICA (O) GENERAL |
| CÉDULA DE LA D.G.P.: | 3705616 |
| REGIÓN SANITARIA: | |
| UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: | CENTRO DE SALUD PERIBAN DE RAMOS |
| HORARIO DE CONSULTA: | 14/06/2024 13:51 |

FIRMA DEL MÉDICO
Luz Maria Rodriguez Ceja

SELLO DE LA UNIDAD:
Centro de Salud Periban
SECRETARÍA DE SALUD
GOBIERNO DE MICHOACÁN

Original: Interesado Copia: Expediente clínico

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