

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD EL MALUCO (MNSSA000153) ALDAMA SIN NUMERO EL MALUCO		FECHA SOLICITUD: 27/03/2024 11:17	FOLIO: CERTM2401530001
EL SUSCRITO (MÉDICO): MÉDICA (O) PASANTE KAREN YUNUEN REYES BAUTISTA			
BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE:			
NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)): FLORES FIGUEROA AURELIA		POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: SSA000136EXP202402180336
SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 71 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:		EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL ES?	
¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD PREVIA DE IMPORTANCIA QUE IMPOSIBILITE REPRESENTAR ALGÚN RIESGO PARA LAS PERSONAS QUE CONVIVAN CON EL (ELLA)? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Se trata de paciente Femenino de 71 años de edad con discapacidad auditiva de 2 años de evolución, por lo cual hay necesidad de utilizar aparato auditivo. Con diagnóstico de: -HIPOACUSIA CONDUCTIVA BILATERAL.	
EXPLORACIÓN FÍSICA			
PESO EN KG: 53.2 (Kg)	TALLA EN CM: 143 (cm)	P.A. SIST / DIAST: / (mmHg)	
OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input 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 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 checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input 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		EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿QUÉ TRATAMIENTO?:	
¿LA PERSONA REQUIERE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO?: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿A CUAL?:	
¿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, ¿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) PASANTE KAREN YUNUEN REYES BAUTISTA
EGRESADO DE:	MÉDICA (O) PASANTE
CÉDULA DE LA D.G.P.:	
REGIÓN SANITARIA:	
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:	CENTRO DE SALUD EL MALUCO
HORARIO DE CONSULTA:	27/03/2024 11:17

Original: Interesado Copia: Expediente clínico

MPSS. Karen Yunuen Reyes Bautista

FIRMA DEL MÉDICO

SELLO DE LA UNIDAD

SECRETARÍA DE SALUD
CS EL MALUCO
DOMICILIO CONOCIDO S/N
C.P. 58550

ANGAMACUITIRO,
EL MALUCO, MICH.