



# CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD



Gobierno de Michoacán

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD CARACUARO DE MORELOS (MNSSA000421) MIGUEL HIDALGO 88 CENTRO	FECHA SOLICITUD 10/06/2024 21 01	FOLIO CERTM2404210014
EL SUSCRITO (MÉDICO): MÉDICA (O) GENERAL CAMERINA CASTRO VAZQUEZ		

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE

NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)): BENITEZ BARAJAS TERESA	POLIZA N/A	NUMERO DE EXPEDIENTE 293
SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD 80 años	ES <input type="checkbox"/> APTO <input checked="" 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 O REPRESENTA ALGUN RIESGO PARA LAS PERSONAS QUE CONVIVAN CON EL (ELLA)? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	necesita el apoyo para una silla de baño (para sus necesidades fisiológicas)

EXPLORACIÓN FÍSICA			
PESO EN KG 54 (kg)	TALLA EN CM 150 (cm)	P.A. SIST / DIAST 130/70 (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 ALGUN TIPO DE INCAPACIDAD PARA LA PERSONA? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿LA PERSONA REQUIERE ALGUN TIPO DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	EN CASO DE SER AFIRMATIVO ¿QUÉ TRATAMIENTO?
¿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 ALGUN 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:
------------

CERIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA MATRIMONIO AGREGAR	
V.D.R.L.:	OTRO EXAMEN:

CERIFICADO 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 CAMERINA CASTRO VAZQUEZ
EGRESADO DE	MÉDICA (O) GENERAL
CÉDULA DE LA D.G.P.	9679707
REGIÓN SANITARIA	
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN	CENTRO DE SALUD CARACUARO DE MORELOS
HORARIO DE CONSULTA	10/06/2024 21 01



Original interesado - Copia: Expediente clínico