



Secretaría de Salud

# CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD



Gobierno de Michoacán  
HONESTIDAD Y TRABAJO

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLAVES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD ANGAMACUTIRO DE LA UNION (MNSSA000136) OCAMPO 45 ANGAMACUTIRO DE LA UNIÓN	FECHA SOLICITUD: 12/06/2024 17:14	FOLIO: CERTM2401360041
---	--------------------------------------	---------------------------

EL SUSCRITO (MÉDICO):  
MÉDICA (O) GENERAL DANIEL GARCIA LEDESMA

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE

NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)): ARRIAGA MARTINEZ JOSE	POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: SSA000136EXP202406122687
--	----------------	---

SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 79 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 IMPOSIBLITE 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? DEAMBULACION CLAUDICANTE POR DOLOR EN REGION LUMBAR
--	--

EXPLORACIÓN FÍSICA			
PESO EN KG: 91 (Kg)	TALLA EN CM: 172 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 110/60 (mmHg)	
OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" 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?: VALORACION
¿CONSIDERA NECESARIO REFERIR A LA PERSONA A OTRA UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD PARA SU TRATAMIENTO?: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EN CASO DE SER AFIRMATIVO. ¿A CUAL?: HOSPITAL GENERAL PURUANDIRO
¿CONSIDERA USTED QUE EL PACIENTE REQUIERE ALGÚN ESTUDIO: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EN CASO DE SER AFIRMATIVO. ¿CUÁL(ES)?: VALORACION POR ESPECIALISTAS
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: LUMBAGO CON CIATICA CATARATAS	

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 DANIEL GARCIA LEDESMA EGRESADO DE: MÉDICA (O) GENERAL CÉDULA DE LA D.G.P.: 3590604 REGIÓN SANITARIA: UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: CENTRO DE SALUD ANGAMACUTIRO DE LA UNION HORARIO DE CONSULTA: 12/06/2024 17:14	FIRMA DEL MÉDICO: SELLO DE LA UNIDAD:
---	--

Original: Interesado Copia: Expediente clínico