



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
PROGRAMA IMSS BIENESTAR
ZONA 5 PARACHO
REGIÓN 1 ZAMORA
UMR CHERANASTICO

Cheranástico Michoacán a 07 de JUNIO del 2024

A QUIEN CORRESPONDA:

Por este medio hago constar que la **C. RAMIREZ ANTONIO ALFREDO** de 37 años de edad originario y residente de CHERNÁSTICO, Michoacán, con domicilio actual en CALLE CONSTITUYENTES # 10 quien al momento de realizado de realizado este documento presenta los siguientes signos vitales: peso 66 kg, talla 159 cm, frecuencia cardiaca de 68 lpm, frecuencia respiratoria de 16 rpm, temperatura de 36 °C, tensión arterial 120/90 mmHg, agudeza visual CONSERVADA, auditiva DISMINUIDA, CON PROBABLE HIPOACUSIA DE CONDUCCION DERECHA Y DISMINUCION DE LA IZQUIERDA, SIN DIFICULTAD para la deambulaci3n. Paciente la cual acude a la consulta externa para valoraci3n de salud la cual se **certifica a esta persona con DISMINUCION DE LA CAPACIDAD AUDITIVA POR LO QUE SOLICITA UN DISPOSITIVO AUDITIVO PARA MEJORARLA.**

Se expide la presente para los fines legales que al interesado convenga.

 PROGRAMA IMSS-BIENESTAR
U.M.R. CHERANASTICO
674216 073200

MPSS CARO ESCOBAR JOSE DAVID
MATRÍCULA: 96171972