



Secretaría de Salud

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD

DIRECCIÓN DE SERVICIOS
DIF MICHOAC
21 JUN. 2024
RECHIDO _____ *quibte*
ENTREGADO _____
FECHA SOLICITUD: 06/12/2022 **FOLIO:** 22 - 0000055

Gobierno de Michoacán

UNIDAD MEDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CS TINGÜINDÍN (MNSSA003320)	FECHA SOLICITUD: 06/12/2022	FOLIO: 22 - 0000055
EL SUSCRITO (MÉDICO): DRA ELISA MARIA ROJAS SOLIS		

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE

NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO Y NOMBRE(S)): EDUARDO CAPILLA SALVADOR	POLIZA:	NÚMERO DE EXPEDIENTE:
---	----------------	------------------------------

SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 43 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 SU DESEMPEÑO 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?: CAMINAR
---	--

EXPLORACIÓN FÍSICA			
PESO EN KG: 101.5 (Kg)	TALLA EN CM: 175 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 120/80 (mmHg)	
OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	OÍDOS (INCLUYENDO AGUDEZA AUDITIVA): <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	
¿REPRESENTAN 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 AFIRMATIVO. ¿QUÉ TRATAMIENTO?: PROTESIS
¿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 AFIRMATIVO. ¿A CUÁL?:
¿CONSIDERA USTED QUE EL PACIENTE REQUIERE ALGÚN ESTUDIO ESPECIAL?: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	EN CASO 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: DISCAPACIDAD PERMANENTE	

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

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA DIVORCIO AGREGAR	
RESULTADO DEL EXAMEN GRAVINDEX:	

Gobierno del Estado de Michoacán



FIRMA DEL MÉDICO: *[Signature]*
SELLO DE LA UNIDAD:

NOTA: EN VIRTUD DE QUE ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL DEBE DE REALIZARSE HISTORIA CLÍNICA Y/O LA NOTA MÉDICA.
NOMBRE DEL MÉDICO: DRA ELISA MARIA ROJAS SOLIS
EGRESADO DE: UMSNH
CÉDULA DE LA D.G.P.: 3663859
REGIÓN SANITARIA: ZAMORA
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: CS TINGÜINDÍN
HORARIO DE CONSULTA: 01:25 PM

SECRETARÍA DE SALUD
CS TINGÜINDÍN
 BLVD FRANCISCO J MÚJICA
 ESQ CON EMILIANO ZABATA
 EDIFICIO S/N COL SAN PABLO
 C P 58980