

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO):	CENTRO DE SALUD TIZITIO (MNSSA003694) REFORMA SIN NÚMERO TIZITIO
EL SUSCRITO (MÉDICO):	MÉDICA (O) PASANTE ARIADNA HERRERA RIVAS
BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE	
NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)):	FRANCO CARBAJAL SAHARA
NÚMERO DE EXPEDIENTE:	SSA003694EXP202406070300
SEXO:	MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>
EDAD:	82 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 O REPRESENTA ALGÚN RIESGO PARA LAS PERSONAS QUE CONVIVAN CON EL (ELLA)?	
Osteoartritis de cadera <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	

EXPLORACIÓN FÍSICA	
PESO EN KG:	60 (kg)
TALLA EN CM:	145 (cm)
P.A. SIST / DIAST:	130/80 (mmHg)
ODOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL):	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL
OÍDOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL):	<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
TÓRAX:	<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
¿LA PERSONA REQUIERE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿QUE TRATAMIENTO?	SILLA DE RUEDAS
¿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?	
¿CONSIDERA USTED QUE EL PACIENTE REQUIERE ALGÚN ESTUDIO?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿CUAL(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
ADULTO MAYOR CON OSTEOARTROSIS DE CADERA QUIEN REQUIERE USO DE SILLA DE RUEDAS	

CERIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA MATRIMONIO AGREGAR	
V.D.R.L.:	OTRO EXAMEN:
RESULTADO DEL EXAMEN DE GRAVIDEX:	
Gobierno del Estado de Michoacán 2015-2021	

NOTA: EN VIRTUD DE QUE ES UN DOCUMENTO LEGAL DEBE DE REALIZARSE HISTORIA CLÍNICA Y/O LA NOTA MÉDICA.	
FIRMA DEL MÉDICO	SELECCIÓN DE UNIDAD
SECRETARÍA DE SALUD	
CSTIZITIO REFORMA S/N C.P. 61330 TIZITIO MICHOACÁN	
NOMBRE DEL MÉDICO:	MÉDICA (O) PASANTE ARIADNA HERRERA RIVAS
EGRESADO DE:	MÉDICA (O) PASANTE
CÉDULA DE LA D.G.P.:	
REGIÓN SANITARIA:	CENTRO DE SALUD TIZITIO
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:	CENTRO DE SALUD TIZITIO
HORARIO DE CONSULTA:	07/06/2024 14:26
Original: Interesado Copia: Expediente clínico	