

### CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD TAFETAN (MNSSA003711) IGNACIO ZARAGOZA SIN NUMERO TAFETÁN	FECHA SOLICITUD: 11/06/2024 12:28	FOLIO: CERTM2437110096
--	--------------------------------------	---------------------------

EL SUSCRITO (MÉDICO): MÉDICA (O) PASANTE MARIA FERNANDA HERRERA HUERTA	
---	--

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE

NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)): CASARES DURAN ELVIRA	POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: 75VA
---	----------------	-------------------------------

SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 77 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)?: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO. ¿CUÁL ES?  Discapacidad motriz permanente secundario a cambios degenerativos propios de la edad avanzada.
---	---

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

PESO EN KG: 66 (Kg)	TALLA EN CM: 144 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 120/80 (mmHg)
OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	OÍDOS (INCLUYENDO AGUDEZA: <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL	CUELLO: <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
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 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 CÚAL?:
¿CONSIDERA USTED QUE EL PACIENTE REQUIERE ALGÚN 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:	

**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:
------------------------------------

Gobierno del Estado de Michoacán



*Maria Fernanda Herrera Huerta*  
FIRMA DEL MÉDICO

NOMBRE DEL MÉDICO: MÉDICA (O) PASANTE MARIA FERNANDA HERRERA HUERTA EGRESADO DE: MÉDICA (O) PASANTE CÉDULA DE LA D.G.P.: 18140401 REGIÓN SANITARIA: 01 UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: CENTRO DE SALUD TAFETAN HORARIO DE CONSULTA: 11/06/2024 12:28	<b>SECRETARÍA DE SALUD</b> <b>CS TAFETÁN</b> <b>IGNACIO ZARAGOZA</b> <b>SECTOR II F. SEC. S/N</b> <b>C.P. 61341</b> <b>TZITZIO, MICH.</b>	SELLO DE LA UNIDAD:
--	--	---------------------