



CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD



Gobierno de Michoacán

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD CHUPIO (MNSSA005526) 2 DE NOVIEMBRE SIN NUMERO CHUPIO	FECHA SOLICITUD: 27/05/2024 10:44	FOLIO: CERTM2455260039
--	--------------------------------------	---------------------------

EL SUSCRITO (MÉDICO): MÉDICA (O) GENERAL JUAN ALBERTO HERNANDEZ CAMPOS

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE

NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)): CAMPOS NUÑEZ DEYSI PATRICIA	POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: 2022-1637
--	----------------	------------------------------------

SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 38 años	ES: <input type="checkbox"/> APTO <input checked="" 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 ALGUN RIESGO PARA LAS PERSONAS QUE CONVIVAN CON EL (ELLA)?: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL ES? diabetes mellitus descontrolada + insuficiencia renal cronica
---	--

EXPLORACIÓN FÍSICA

PESO EN KG: 65.200 (Kg)	TALLA EN CM: 169 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 120/82 (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?: HEMODIALISIS
---	---

¿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 checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿CUÁL(ES)?: RESONANCIA MAGNETICA
--	--

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:

CERIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA MATRIMONIO AGREGAR

V.D.R.L.:	OTRO EXAMEN:
-----------	--------------

CERIFICADO 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 JUAN ALBERTO HERNANDEZ CAMPOS
EGRESADO DE:	MÉDICA (O) GENERAL
CÉDULA DE LA D.G.P.:	10889411
REGIÓN SANITARIA:	
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:	CENTRO DE SALUD CHUPIO
HORARIO DE CONSULTA:	27/05/2024 10:44



Centro de Salud Chupio
SECRETARÍA DE SALUD
FIRMA DEL MÉDICO
GOBIERNO DE MICHOACÁN

DOMICILIO CONOCIDO S/N,
C.P. 61670, TACAMBARO, MICHOACÁN