

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO PICHATARO (ANSSA003315) FRANCISCO J. MADERO SIN NUMERO SAN FRANCISCO PICHATARO	FECHA SOLICITUD: 20/06/2024 14:59	FOLIO: CERTIM2433150176
EL SUSCRITO (MÉDICO): MÉDICA (O) PASANTE BRYAN ALVAREZ MENDOZA	BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE	
NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)): CORTES SALVADOR JOSEFINA	POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: 52-G-2
SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 65 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:		EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUAL ES? DISCAPACIDAD
¿TENE 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		
EXPLORACIÓN FÍSICA		
PESO EN KG: 59 (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	OIDOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <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 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		
¿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		
¿CONSIDERA USTED QUE EL PACIENTE REQUIERE ALGÚN ESTUDIO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		
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: FEMENINA DE 65 AÑOS, QUIEN PRESENTA DISCAPACIDAD AUDITIVA		
CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA MATRIMONIO AGREGAR		
V.D.R.L.:		OTRO EXAMEN:
CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA DIVORCIO AGREGAR		
RESULTADO DEL EXAMEN DE GRAVIDEX:		

NOTA: EN VIRTUD DE QUE ES UN DOCUMENTO LEGAL DEBE DE REALIZARSE HISTORIA CLÍNICA Y/O LA NOTA MÉDICA.

NOMBRE DEL MÉDICO: MÉDICA (O) PASANTE BRYAN ALVAREZ MENDOZA
EGRESADO DE: MÉDICA (O) PASANTE
CÉDULA DE LA D.G.P.: 4550333
REGION SANITARIA:
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO PICHATARO
HORARIO DE CONSULTA: 20/06/2024 14:59

