

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD

| | | | |
|--|---------|---|---|
| UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): | | FECHA SOLICITUD: | FOLIO: |
| CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO PICHATLARO (MNSSA003315) URUJAPAN FRANCISCO I, MADERO SIN NUMERO SIN NUMERO SAN FRANCISCO PICHATLARO | | 09/01/2024 14:31 | CERTM2433150040 |
| EL SUSCRITO (MÉDICO): | | | |
| MÉDICA (O) GENERAL RUBI MONSERRAT SOLIS SILVA | | BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE | |
| NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)): | | POLIZA: | NÚMERO DE EXPEDIENTE: |
| OLIVAREZ SEBASTIAN YOLANDA | | N/A | AW |
| SEXO: | EDAD: | ES: | PARA: |
| <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO | 70 años | <input checked="" type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> NO APTO | <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? | |
| ¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD PREVIA DE IMPORTANCIA QUE IMPOSIBILITE O REPRESENTA ALGUN RIESGO PARA LAS PERSONAS QUE CONVIVAN CON EL (ELLA)?: | | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXPLORACION FISICA | | | |
| PESO EN KG: | TALLA EN CM: | P. A. SIST / DIAST: | |
| 50.5 (kg) | 149 (cm) | 110/60 (mmHg) | |
| ¿OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): | ¿OÍDOS (INCLUYENDO AGUDEZA): | ¿CUELLO: | ¿TÓRAX: |
| <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL | <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL | <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL | <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL |
| ¿ABDOMEN: | ¿GENITALES: | ¿MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES: | |
| <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL | <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL | <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 | EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿QUE TRATAMIENTOS?: |
| <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | SILLA DE RUEDAS |
| ¿CONSIDERA NECESARIO REFERIR A LA PERSONA A OTRA UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD PARA SU TRATAMIENTO?: | EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿A CUAL?: |
| <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | |
| ¿CONSIDERA USTED QUE EL PACIENTE REQUIERE ALGÚN ESTUDIO | EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿CUÁL(ES)?: |
| <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | |
| TIPO DE SANGRE: | FACTOR RH: |
| <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- | <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 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) GENERAL RUBI MONSERRAT SOLIS SILVA |
| EGRESADO DE: | 11808036 |
| CÉDULA DE LA D. G. P.: | Tingambato |
| REGIÓN SANITARIA: | CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO PICHATLARO |
| UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: | 09/01/2024 14:31 |
| HORARIO DE CONSULTA: | |

FIRMA DEL MÉDICO



**Centro de Salud
San Francisco
Pichatlaro**
SECRETARÍA DE SALUD
GOBIERNO DE MICHOACÁN