



CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD



Gobierno de Michoacán
SEGURIDAD Y TRABAJO

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO PICHATARO (MNSSA003315) URUPAN FRANCISCO I. MADERO SIN NUMERO SIN NUMERO SAN FRANCISCO PICHÁTARO	FECHA SOLICITUD: 22/01/2024 18:12	FOLIO: CERTM243150059
---	--------------------------------------	--------------------------

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)): CHAVEZ HERNANDEZ MARIA GUADALUPE	POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: SSA003315EXP202401220611
---	----------------	---

SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 18 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)?

SI NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL ES?

EXPLORACIÓN FÍSICA

PESO EN KG: 21.5 (Kg)	TALLA EN CM: 128 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 90/60 (mmHg)
--------------------------	--------------------------	------------------------------------

OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input 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 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?

SI NO

¿LA PERSONA REQUIERE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO?

SI 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?

SI NO

EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿A CUAL?:

¿CONSIDERA USTED QUE EL PACIENTE REQUIERE ALGÚN ESTUDIO

SI 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:
PARALISIS CEREBRAL

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA MATRIMONIO AGREGAR

V.D.R.L.:

OTRO EXAMEN:

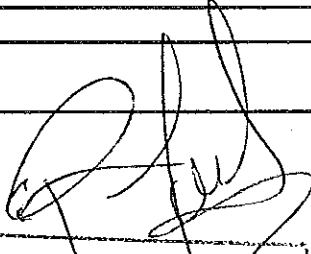
CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA DIVORCIO AGREGAR

RESULTADO DEL EXAMEN DE GRAVINDEX:

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:	
CÉDULA DE LA D.G.P.:	11808036
REGIÓN SANITARIA:	Tingambato
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:	CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO PICHATARO
HORARIO DE CONSULTA:	22/01/2024 18:12

FIRMA DEL MÉDICO



SECRETARÍA DE SALUD
San Francisco Pichataro
GOBIERNO DE MICHOACÁN

FRANCISCO I. MADERO S/N DEL CENTRO
SAN FRANCISCO PICHATARO