

# CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO PICHATARO (MNSSA000315) FRANCISCO I. MADERO SIN NUMERO SAN FRANCISCO PICHATARO	FECHA SOLICITUD: 12/04/2024 08:49	FOLIO: CERTIM2433150123
---	--------------------------------------	----------------------------

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)): VALDEZ LEMUS FULGENCIO	POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: 4-V
SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 63 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?

¿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	SENILIDAD
---	-----------

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

PESO EN KG: 61 (Kg)	TALLA EN CM: 163 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 140/80 (mmHg)
OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL	OÍDOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input 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 type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" 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	EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿QUÉ TRATAMIENTO?: SILLA DE RUEDAS
¿LA PERSONA REQUIERE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO?: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿A CUAL?: EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿CUAL ES?:

¿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, ¿CUAL(ES)?:
¿CONSIDERA USTED QUE EL PACIENTE REQUIERE ALGÚN ESTUDIO: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿CUAL(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:  
MASCULINO DE 64 AÑOS DE EDAD, QUIEN PADECE DE DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION, SENILIDAD, QUIEN PRESENTA DIFICULTAD PARA LA DEAMBULACIÓN DESDE HACE 1 AÑO POSTERIOR A CIRUGIA EN EL PIE, PERDIDA PROGRESIVA DE VISIÓN POR LO QUE REQUIERE APOYO DE SILLA DE RUEDAS PARA APOYO EN EL TRASLADO POR FAMILIARES.

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA MATRIMONIO AGREGAR  
V.D.R.L.:  
OTRO EXAMEN:

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA DIVORCIO AGREGAR  
RESULTADO DEL EXAMEN DE GRAVÍDEX:

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.: 4580333 REGIÓN SANITARIA: UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO PICHATARO HORARIO DE CONSULTA: 12/04/2024 08:49	 FIRMA DEL MÉDICO SELLO DE LA UNIDAD:
--	---