

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO PICHATARO (MNSSA003315) FRANCISCO I. MADERO SIN NUMERO SAN FRANCISCO PICHATARO	FECHA SOLICITUD: 20/06/2024 15:23	FOLIO: CERTM2433150181
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)): MESA XX ANTONIO	POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: SSA003315EXP202406200740
SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 96 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
¿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		
EXPLORACIÓN FÍSICA		
PESO EN KG: 46 (Kg)	TALLA EN CM: 152 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 100/80 (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
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 REFEREN 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		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 96 AÑOS CON DISCAPACIDAD PARA DEAMBULACIÓN		
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 VÍO 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: 20/06/2024 15:23

Original: Interesado Copia: Expediente clínico

FIGURA DEL MÉDICO

SECRETARÍA DE SALUD
Pichataro
GOBIERNO DE MICHOACÁN

FRANCISCO I. MADERO S/N COL CENTRO
C.P. 60297 SAN FRANCISCO PICHATARO,
MICHÓACÁN, MEXICO