

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO PICHATARO (MNSSA00315) FRANCISCO I. MADERO SIN NUMERO SAN FRANCISCO PICHATARO	FECHA SOLICITUD: 20/06/2024 15:28	FOLIO: CERTM2433150183
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)): SALVADOR SBASTIAN MANUEL		NÚMERO DE EXPEDIENTE: SSA00315EX202406200741
POLIZA: N/A		
SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 41 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 ALGUN RIESGO PARA LAS PERSONAS QUE CONVIVAN CON EL(ELLA)?		DISCAPACIDAD
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

EXPLORACIÓN FÍSICA	
PESO EN KG: 65 (kg)	TALLA EN CM: 165 (cm)
P.A. SIST / DIAST: 120/80 (mmHg)	
OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	OÍDOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL
ABDOMEN: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	CUELLO: <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	
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 QUIEN PRESENTA 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 GRAVINDEX:		

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

NOMBRE DEL MÉDICO: EGRESADO DE: CÉDULA DE LA D.G.P.: REGIÓN SANITARIA: UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: HORARIO DE CONSULTA:	MÉDICA (O) PASANTE BRYAN ALVAREZ MENDOZA MÉDICA (O) PASANTE 4560333 CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO PICHATARO 20/06/2024 15:28
---	--

Sebastián Pichataro
 SECRETARÍA DE SALUD
 GOBIERNO DE MICHOACÁN

FRANCISCO I. MADERO S/N COL. CENTRO
 C.P. 60297 SAN FRANCISCO PICHATARO
 MICHOACÁN