

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD

UNIDAD MEDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CS SAN FRANCISCO PICHATARO (MNSSA003315) URUAPAN, FRANCISCO I. MADERO SIN NUMERO CENTRO		FECHA SOLICITUD: 26/06/2023	FOLIO: 23 - 00000172
EL SUSCRITO (MÉDICO): MPSS JAVIER VARGAS MEJIA			
BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE			
NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO Y NOMBRE(S)): CASTRO MARTINEZ BRAYAN RODRIGO		POLIZA:	NÚMERO DE EXPEDIENTE:
SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 21 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 SU DESEMPEÑO O REPRESENTA ALGÚN RIESGO PARA LAS PERSONAS QUE CONVIVAN CON EL (ELLA)? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		EN CASO AFIRMATIVO. ¿CUÁL ES?: OSTEOGENESIS IMPERFECTA LO CUAL DIFICULTA LA DEAMBULACION	

EXPLORACIÓN FÍSICA			
PESO EN KG: 20 (Kg)	TALLA EN CM: 105 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 100/80 (mmHg)	
OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	OÍDOS (INCLUYENDO AGUDEZA AUDITIVA): <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	CUELLO: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	TÓRAX: <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" 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 REFIEREN EN EL PÁRRAFO ANTERIOR	
¿REPRESENTAN 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 type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO. ¿QUÉ TRATAMIENTO?:
¿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 AFIRMATIVO. ¿A CUÁL?:
¿CONSIDERA USTED QUE EL PACIENTE REQUIERE ALGÚN ESTUDIO ESPECIAL?: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	EN CASO 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:	

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

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

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

NOMBRE DEL MÉDICO: MPSS JAVIER VARGAS MEJIA
EGRESADO DE: UVAQ
CÉDULA DE LA D.G.P.: 17263022
REGIÓN SANITARIA: URUAPAN
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: CS SAN FRANCISCO PICHATARO
HORARIO DE CONSULTA: 11:38 AM

FIRMA DEL MÉDICO: 

SELLO DE LA UNIDAD:



Centro de Salud
San Francisco
Pichataro

SECRETARÍA DE SALUD
GOBIERNO DE MICHOACÁN
Versión 2020 135.100.0002.00 AM 2021

FRANCISCO I. MADERO S/N COL. CENTRO
C.P. 60297 SAN FRANCISCO PICHÁTARO,
TINGAMBATO, MICH.