

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO PICHATARO (NSSA003315) FRANCISCO I. MADERO SIN NUMERO SIN NUMERO SAN FRANCISCO PICHATARO	FECHA SOLICITUD: 28/02/2024 12:56	FOLIO: CERTIM2433150101
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)): GUADALUPE DELFINO DELFINO	POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: SSA003315EXP202402280345
SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 74 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)?:		EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUAL ES? PARALISIS CEREBRAL.
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

EXPLORACIÓN FÍSICA			
PESO EN KG: 66 (kg)	TALLA EN CM: 162 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 140/90 (mmHg)	
OCOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	OIDOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <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 type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL	

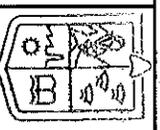
LAS ANORMALIDADES QUE SE REFIEREN EN EL PÁRRAFO ANTERIOR	
¿REPRESENTA ALGÚN TIPO DE INCAPACIDAD PARA LA PERSONA?: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿QUÉ TRATAMIENTO?: SILLA DE RUEDA
¿LA PERSONA REQUIERE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO?: <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 74 AÑOS DE EDAD, QUIEN AH SUFRIDO DE 3 INFARTOS CEREBRALES, ACTUALMENTE CON SEQUELAS DE PARALISIS CEREBRAL, OCASIONANDO INCAPACIDAD PARA DEAMBULACION.	

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA MATRIMONIO AGREGAR	OTRO EXAMEN:
V.D.R.L.:	
CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA DIVORCIO AGREGAR	
RESULTADO DEL EXAMEN DE GRAVIDEX:	

NOTA: EN VIRTUD DE QUE ES UN DOCUMENTO LEGAL DEBE DE REALIZARSE HISTORIA CLÍNICA VIO LA NOTA MÉDICA

NOMBRE DEL MÉDICO: EGRESADO DE: CÉDULA DE LA D.G.P.: REGIÓN SANITARIA: UNIDAD DE ASCRIPCIÓN: HORARIO DE CONSULTA:	MÉDICA (O) PASANTE BRYAN ALVAREZ MENDOZA MÉDICA (O) PASANTE 4560333 CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO PICHATARO Fecha inválida
--	--

FIRMA DEL MÉDICO



SELLO DE LA UNIDAD
Centro de Salud
San Francisco
Pichataro
SECRETARÍA DE SALUD
GOBIERNO DE MICHOACÁN