

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD

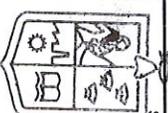
UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO PICHATARO (MNSSA000315) FRANCISCO I. MADERO SIN NUMERO SAN FRANCISCO PICHATARO	FECHA SOLICITUD: 05/04/2024 13:07	FOLIO: CERTIM2433150118
EL SUSCRITO (MÉDICO): MÉDICA (O) PASANTE BRYAN ALVAREZ MENDOZA		
BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE		
NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)): SEBASTIAN TOMAS EUSTOLIO	POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: SSA0003315EXP202404050465
SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 80 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 SENIL.
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
EXPLORACIÓN FÍSICA		
PESO EN KG: 61 (kg)	TALLA EN CM: 156 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 120/80 (mmHg)
OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL	OIDOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" 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 REFIEREN 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		
APOYO DE BASTÓN PARA DEAMBULACIÓN		
¿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. ¿A CUAL?:		
¿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: PACIENTE MASCULINO DE 80 AÑOS DE EDAD, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS NEGADOS, ALERGIAS NEGADAS, PADECE DE INCAPACIDAD SENIL CON PROBLEMA PARA DEAMBULACIÓN DESDE HACE 1 AÑO. ACTUALMENTE APOYÁNDOSE CON UN PALO. REQUIERE UN BASTÓN ADECUADO PARA UNA DEAMBULACIÓN ADECUADA.		
CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA MATRIMONIO AGREGAR		
V.D.R.L.:		OTRO EXAMEN:
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 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: 05/04/2024 13:07

FIRMA DEL MÉDICO

SELO DE LA UNIDAD:



Centro de Salud
San Francisco
Pichataro
SECRETARÍA DE SALUD
GOBIERNO DE MICHOACÁN