

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO PICHATARO (MNSSA003315) FRANCISCO I. MADERO SIN NUMERO SAN FRANCISCO PICHATARO		FECHA SOLICITUD: 20/06/2024 15:09	FOLIO: CERTM2433150180
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)): GOCHIE FABIAN JOSE BRAYAN		POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: ADM-URG0003
SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 26 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 ALGUN RIESGO PARA LAS PERSONAS QUE CONVIVAN CON EL (ELLA)? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUAL ESTE DISCAPACIDAD?	
EXPLORACIÓN FÍSICA			
PESO EN KG: 56 (kg)	TALLA EN CM: 146 (cm)	P. A. SIST / DIAST: 120/80 (mmHg)	
OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	CUELLO: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES: <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	TÓRAX: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input 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		EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿QUÉ TRATAMIENTO?: BASTON PARA APOYO A LA 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	
MASCULINO DE 26 AÑOS QUIEN REQUIERE APOYO 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 V/O LA NOTA MÉDICA.

NOMBRE DEL MÉDICO: MÉDICA (O) PASANTE BRYAN ALVAREZ MENDOZA
 EGRESADO DE: MÉDICA (O) PASANTE
 CÉDULA DE LA D.G.P.: 4560333
 REGIÓN SANITARIA:
 UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO PICHATARO
 HORARIO DE CONSULTA: 20/06/2024 15:09
 Original: Interesado Copia: Expediente clínico

Centro de Salud
 San Francisco Pichataro
 Secretaría de Salud
 Gobierno del Estado de Michoacán

FRANCISCO I. MADERO S/N COL. CENTRO
 C.P. 60297 SAN FRANCISCO PICHATARO
 TINGAMBATON, MICH.