

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO PICHATARO (MNSSA003315) FRANCISCO I. MADERO SIN NUMERO SAN FRANCISCO PICHATARO	FECHA SOLICITUD: 20/06/2024 15:08	FOLIO: CERTM2433150179
---	--------------------------------------	---------------------------

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)): MIGUEL ESPIRITU FRANCISCO	POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: SSA003315EXP202406200739
--	----------------	---

SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 83 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)? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO. ¿CUÁL ES? DISCAPACIDAD
--	---

EXPLORACIÓN FÍSICA			
PESO EN KG: 52 (Kg)	TALLA EN CM: 149 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 120/80 (mmHg)	
OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	OÍDOS (INCLUYENDO AGUDEZA): <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 checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input 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	EN CASO DE SER AFIRMATIVO. ¿QUÉ TRATAMIENTO?: APOYO 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 CÚAL?:
¿CONSIDERA USTED QUE EL PACIENTE REQUIERE ALGÚN ESTUDIO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	EN CASO DE SER 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: MASCULINO DE 83 AÑOS DE EDAD 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 GRAVINDEX:	

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	 <p>FIRMA DEL MÉDICO SELLO DE LA UNIDAD: <b>San Francisco Pichataro</b> SECRETARÍA DE SALUD GOBIERNO DE MICHOACÁN</p> <p>FRANCISCO I. MADERO S/N COL. CENTRO C.P. 60303 SAN FRANCISCO PICHATARO, MICHOACÁN DE OCAÑA</p>
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 15:08	