



Secretaría de Salud

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD



Gobierno de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO

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 15:26	FOLIO: CERTIM2433150182
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)): JIMENEZ MIGUEL LUIS REY			POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: 111111
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 ES? DISCAPACIDAD
---	---

EXPLORACIÓN FÍSICA	TALLA EN CM: 156 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 80/60 (mmHg)	TÓRAX: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL
PESO EN KG: 75 (kg)	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
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 REFEREN EN EL PÁRRAFO ANTERIOR ¿REPRESENTA ALGUN TIPO DE INCAPACIDAD PARA LA PERSONA?: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿QUE TRATAMIENTO?: BASTÓN DE 4 PUNTOS
¿LA PERSONA REQUIERE ALGUN 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)?
TIPO DE SANGRE: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	FACTOR RH: <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO
RESULTADO: MASCULINO DE 26 AÑOS QUIEN REQUIERE APOYO PARA DEAMBULACIÓN	

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA MATRIMONIO AGREGAR	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	FIRMA DEL MÉDICO:
EGRESADO DE: MÉDICA (O) PASANTE	SECRETARÍA DE SALUD San Francisco
CÉDULA DE LA D.G.P.: 4560333	PICHATARO
REGIÓN SANITARIA: UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:	SECRETARÍA DE SALUD GOBIERNO DE MICHOACÁN
HORARIO DE CONSULTA: 20/06/2024 15:26	FRANCISCO I. MADERO S/M COL CENTRO

Original: Interesado Copia: Expediente clínico