



Secretaría de Salud

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD



Gobierno de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO PICHATARO (MNSSA003315) FRANCISCO I. MADERO SIN NUMERO SAN FRANCISCO PICHATARO	FECHA SOLICITUD: 05/04/2024 13:14	FOLIO: CERTM2433150119
MÉDICA (O) PASANTE BRYAN ALVAREZ MENDOZA		
BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE		
NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)): BARTOLO HERNANDEZ JESUS	POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: SSA003315EXP202404050466
SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 84 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: 59 (kg)	TALLA EN CM: 151 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 120/80 (mmHg)
OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL	OÍDOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL	QUELLO: <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 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		
¿ 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		
¿ CONSIDERA USTED QUE EL PACIENTE REQUIERE ALGÚN ESTUDIO		EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿CUAL(ES)?:
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		
TIPO DE SANGRE:		FACTOR RH:
<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-		<input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO
RESULTADO: PACIENTE MASCULINO DE 84 AÑOS DE EDAD, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS NEGADOS, ALERGIAS NEGADAS QUIEN PADECE DE DISCAPACIDAD SENIL CON IMPOSIBILIDAD PARA LA DEAMBULACIÓN DESDE HACE 2 AÑOS, USANDO UN PALO PARA APOYO, REQUIERE UN BASTÓN ADECUADO PARA APOYO EN DEAMBULACIÓN.		
CERTIFICADO MEDICO DE SALUD PARA MATRIMONIO AGREGAR		
V.D.R.L.:	OTRO EXAMEN:	
CERTIFICADO MEDICO DE SALUD PARA DIVORCIO AGREGAR		
RESULTADO DEL EXAMEN DE GRAVIDEX:		

NOTA: EN VIRTUD DE QUE ES UN DOCUMENTO LEGAL DEBE DE REALIZARSE HISTORIA CLINICA Y/O LA NOTA MEDICA

FIRMA DEL MÉDICO

NOMBRE DEL MÉDICO: MÉDICA (O) PASANTE BRYAN ALVAREZ MENDOZA	SELO DE LA UNIDAD: Centro de Salud San Francisco Pichataro
EGRESADO DE: MÉDICA (O) PASANTE	SECRETARÍA DE SALUD GOBIERNO DE MICHOACÁN
CEDEULA DE LA D.G.P.:	4560333
REGIÓN SANITARIA:	
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:	CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO PICHATARO
HORARIO DE CONSULTA:	05/04/2024 13:14

Original: Interesado Copia: Expediente clínico

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