

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO):		CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO PICHÁTARO (MNSSA003315) FRANCISCO I. MADERO SIN NUMERO SAN FRANCISCO PICHÁTARO		FECHA SOLICITUD:	25/06/2024 11:13	FOLIO:	CERTM2433150188
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)):				POLIZA:		NÚMERO DE EXPEDIENTE:	
SALVADOR GONZALEZ MARIA CARMEN				N/A		06-80-05	
SEXO:	EDAD:	ES:	PARA:				
MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input checked="" type="checkbox"/>	73 años	<input checked="" type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> NO APTO	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 <input type="checkbox"/>				
BAJO LOS SIGUIENTES CUESTIONAMIENTOS:				EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUAL ES?		DISCAPACIDAD	
¿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			
EXPLORACIÓN FÍSICA		TALLA EN CM:	154 (cm)	P.A. SIST / DIAST:	130/80 (mmHg)		
PESO EN KG:	55 (kg)						
¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA AGUDEZA VISUAL?:	OSIOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL):	OÍDOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL):	CUELLO:	MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES:	TÓRAX:		
<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL	<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				
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?:				EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿QUÉ TRATAMIENTO?:			
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				ANDADERA			
¿CONSIDERA NECESARIO REFERIR A LA PERSONA A OTRA UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD PARA SU TRATAMIENTO?:				EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿A CUAL?:			
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO							
¿CONSIDERA USTED QUE EL PACIENTE REQUIERE ALGÚN ESTUDIO				EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿CUALES?:			
<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:							
FEMENINO DE 73 AÑOS QUIEN PRESENTA DISCAPACIDAD PARA DEAMBULACION							
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:							



**Centro de Salud
San Francisco
Pichátaro**

SECRETARÍA DE SALUD
GOBIERNO DE MICHOACÁN

FIRMA DEL MÉDICO

SELLO DE LA UNIDAD:

FRANCISCO I. MADERO S/N COL. CENTRO
C.P. 60297 SAN FRANCISCO PICHÁTARO
TEL: 061 233 1000