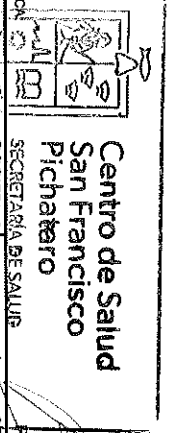


CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO PICHATARO (MNSSA003315) FRANCISCO I. MADERO SIN NUMERO SAN FRANCISCO PICHATARO	FECHA SOLICITUD: 25/06/2024 11:16	FOLIO: CERTM2433150189			
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)): DE LA CRUZ MEZA MA. ARMINDA			POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: 194 C	
SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 70 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)?			EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUAL ES?		
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			DISCAPACIDAD		
EXPLORACIÓN FÍSICA					
PESO EN KG: 56.000 (kg)	TALLA EN CM: 154 (cm)	P. A. SIST / DIAST: 130/70 (mmHg)			
OSOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	OIDOS (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 type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL			
LAS ANORMALIDADES QUE SE REFIEREN EN EL PÁRRAFO ANTERIOR					
¿REPRESENTA ALGUN TIPO DE INCAPACIDAD PARA LA PERSONA?: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
¿LA PERSONA REQUIERE ALGUN TIPO DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO?: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿QUÉ TRATAMIENTO?: ANDADERA
¿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 ALGUN 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
RESULTADO: FEMENINA DE 70 AÑOS CON DISCAPACIDAD PRA DEAMBULACIÓN					
CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA MATRIMONIO AGREGAR					OTRO EXAMEN:
V.D.R.L.:					
CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA DIVORCIO AGREGAR					
RESULTADO DEL EXAMEN DE GRAVINDEX:					



Centro de Salud
San Francisco
Pichatero

SECRETARÍA DE SALUD
GOBIERNO DE MICHOACÁN

FIRMA DEL MÉDICO
SELLO DE LA UNIDAD:

SECRETARÍA DE SALUD
GOBIERNO DE MICHOACÁN

FIRMA DEL MÉDICO
SELLO DE LA UNIDAD:

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
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: 25/06/2024 11:16