



Secretaría de Salud

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD



Gobierno de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS CUITZEO (MNSSA005485) BENITO JUÁREZ SIN NUMERO CUITZEO DEL PORVENIR	FECHA SOLICITUD: 18/06/2024 11:51	FOLIO: CERTM2454850630
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------

EL SUSCRITO (MÉDICO):
MÉDICA (O) GENERAL JOSE RODRIGUEZ LARA

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE

NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)): NAVA ASPERA GABRIEL	POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: P-177
--------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	--------------------------------

SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 76 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? SE TRATA DE MASCULINO DE 76 AÑOS DE EDAD, PRESENTA DISCAPACIDAD AL CAMINAR, PRESENTA DEBILIDAD Y FALTA DE FUERZA EN MIEMBROS INFERIORES, AL CAMINAR SE LE DOBLAN, NECESITA DEL APOYO DE UN ANDADOR
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EXPLORACIÓN FÍSICA

PESO EN KG: 69.500 (Kg)	TALLA EN CM: 167 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 110/80 (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 type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL
-----------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

LAS ANORMALIDADES QUE SE REFIEREN EN EL PÁRRAFO ANTERIOR

¿REPRESENTA ALGÚN TIPO DE INCAPACIDAD PARA LA PERSONA?:
 SI NO

¿LA PERSONA REQUIERE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO?:
 SI NO

EN CASO DE SER AFIRMATIVO. ¿QUÉ TRATAMIENTO?:

¿CONSIDERA NECESARIO REFERIR A LA PERSONA A OTRA UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD PARA SU TRATAMIENTO?:
 SI NO

EN CASO DE SER AFIRMATIVO. ¿A CUAL?:

¿CONSIDERA USTED QUE EL PACIENTE REQUIERE ALGÚN ESTUDIO:
 SI 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:

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:

Gobierno del Estado de Michoacán



NOTA: EN VIRTUD DE QUE ES UN DOCUMENTO LEGAL DEBE DE REALIZARSE HISTORIA CLÍNICA Y/O LA NOTA MÉDICA.

NOMBRE DEL MÉDICO:	MÉDICA (O) GENERAL JOSE RODRIGUEZ LARA	FIRMA DEL MÉDICO
EGRESADO DE:	MÉDICA (O) GENERAL	SELLO DE LA UNIDAD:
CÉDULA DE LA D.G.P.:	1008663	SECRETARÍA DE SALUD CESSA CUITZEO SERVICIOS AMPLIADOS BENITO JUAREZ PONIENTE S/N CUITZEO C.P. 58840 CUITZEO, MICHOACÁN
REGIÓN SANITARIA:		
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:	CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS CUITZEO	
HORARIO DE CONSULTA:	18/06/2024 11:51	