

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD



UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO):							FECHA SOLICITUD: FOLIO:				
CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AI PORVENIR	5485) BENITO JUAR	O CUITZEO DEL	18/06/2024 12:35		CER	RTM2454850632					
EL SUSCRITO (MÉDICO):											
MÉDICA (O) GENERAL JOSE RODRIG	GUEZ LARA										
14857 N. 1886			BAJO PROT	ESTA DE DEC	IR VERDAD, CERT	IFICA QUE					
NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER A	PELLIDO, S	EGUNDO APELLI	OO, NOMBRE(S)):		PC	DLIZA:		NÚMERO	DE EXPEDIENTE:		
FERNANDEZ FERNANDEZ JOSE PAL		N/A F-014									
SEXO:		ES:	PARA:								
X MASCULINO FEMENINO	90 años	X APTO N	О АРТО МА	TRIMONIO	TRABAJO P	ASAPORTE	ESCUELA	DIVORCIO _	LICENCIA X DISCAPACIDAD		
BAJO LOS SIGUIENTES CUESTIONAMIENTOS:					EN CASO AFIRMATIVO. ¿CUÁL ES?						
¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD PREVIA DE IMPORTANCIA QUE IMPOS REPRESENTA ALGÚN RIESGO PARA LAS PERSONAS QUE CONVIVAN CON EL (ELLA)					p	presenta discapacidad, por su edad 90 años , marcha titubeante, pérdida de fuerza miembros inferiores, se cae frecuentemente, requiere de apoyo de un bordón					
X SI NO											
EXPLORACIÓN FÍSICA			3								
PESO EN KG:					TALLA EN CM:			P.A. SIST / DIAST:			
50 (Kg)			146 (cm)			108/66 (mmHg)					
OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISU	ZENDO AGUDEZA CUELLO:			TÓRAX:							
X NORMAL ANORMAL	X NORMAL	ANORMAL		X NORMAL		ANORMAL		X NORMAL ANORMAL			
ABDOMEN:	GENITALES:			MIEMBROS SUPER							
X NORMAL ANORMAL	X NORMAL				NORMAL X ANORMAL						
LAS ANORMALIDADES QUE SE REF											
¿REPRESENTA ALGÚN TIPO DE INC	APACIDAD	PARA LA PERSO	NA?:								
X SI NO											
¿LA PERSONA REQUIERE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO?:					EN CASO DE SER AFIRMATIVO. ¿QUÉ TRATAMIENTO?:						
X SI NO					REQUIERE DE APOYO DE UN BORDON PARA CAMINAR Y EVITAR CAIDAS						
¿CONSIDERA NECESARIO REFERIR ATENCIÓN A LA SALUD PARA SU TR			DAD DE	EN CASO	DE SER AFIRMATIV	/O. ¿A CÚAL?:					
SI X NO											
¿CONSIDERA USTED QUE EL PACIENTE REQUIERE ALGÚN ESTUDIO					EN CASO DE SER AFIRMATIVO. ¿CUAL(ES)?:						
SI X NO	37										
TIPO DE SANGRE:				FACTOR RH:							
A+ A- B+ B-	0-	POSITIVO NEGATIVO									
RESULTADO:											
CERIFICADO MÉDICO DE SALUD PA	RA MATRIM	IONIO AGREGAR									
V.D.R.L.:					OTRO EXAMEN:						
CERIFICADO MÉDICO DE SALUD PA	RA DIVORC	IO AGREGAR									
RESULTADO DEL EXAMEN DE GRAV							stado de Micho	30			
RESULTADO DEL EXAMEN DE SITA	IIIOEA.					So K					
						4 18	OUT 25/1/3 3		The second		
						A STORY					
		seas of arti-	Lucropy of the	10.14.1.2		SECRETAR	RIA DE SALI	UD FIRMA DEL	MÉDICO		
NOTA: EN VIRTUD DE QUE ES UN DOCUME				/O LA NOTA MÉD	ICA.	CESSA	CUITZE	O FIRMA DEL			
NOMBRE DEL MÉDICO: MÉDICA (O) GENERAL JOSE RODRIGUEZ LARA MÉDICA (O) GENERAL					S SERVICIOS AMPLIADOS						
EGRESADO DE: MÉDICA (O) GENERAL CÉDULA DE LA D.G.P.: 1008663					V BENHO DAREZ PONIENTE S/N						
REGIÓN SANITARIA:		CUITZEO C.P 58840 CUITZEO, MICHOACÁN									
	TRO DE SA	LUD CON SERVIC	IOS AMPLIADOS O	CUITZEO	X	0011280.	MICHUACAN				
	6/2024 12:3/		,	//		H					