



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: 19/06/2024 09:31 | FOLIO: CERTM2454850639 |
|--|--------------------------------------|---------------------------|

EL SUSCRITO (MÉDICO):
MÉDICA (O) GENERAL ALEJANDRA VILLA VAZQUEZ

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE

| | | |
|--|----------------|---|
| NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)): CHACÓN CONEJO ERNESTO | POLIZA: N/A | NÚMERO DE EXPEDIENTE: SSA005485EXP202406193139 |
|--|----------------|---|

| | | | |
|--|------------------|--|--|
| SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO | EDAD: 86 años | ES: <input type="checkbox"/> APTO <input checked="" 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 CONVIVIAN CON EL (ELLA)? <input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | EN CASO AFIRMATIVO. ¿CUÁL ES? SORDERA PERMANENTE OÍDO IZQUIERDO, REQUIERE APOYP DE APARATO AUDITIVO |
|---|--|

EXPLORACIÓN FÍSICA

| | | |
|--|--|--|
| PESO EN KG: 49.500 (Kg) | TALLA EN CM: 158 (cm) | P.A. SIST / DIAST: 90/60 (mmHg) |
| OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL | OÍDOS (INCLUYENDO AGUDEZA): <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL | CUELLO: <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 checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL |
| TÓRAX: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL | | |

LAS ANORMALIDADES QUE SE REFIEREN EN EL PÁRRAFO ANTERIOR

| | |
|---|---|
| ¿REPRESENTA ALGÚN TIPO DE INCAPACIDAD PARA LA PERSONA? <input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿LA PERSONA REQUIERE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO? <input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | EN CASO DE SER AFIRMATIVO. ¿QUÉ TRATAMIENTO?: APARATO AUDITIVO |
| ¿CONSIDERA NECESARIO REFERIR A LA PERSONA A OTRA UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD PARA SU TRATAMIENTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO | EN CASO DE SER AFIRMATIVO. ¿A CUAL?: |
| ¿CONSIDERA USTED QUE EL PACIENTE REQUIERE ALGÚN ESTUDIO <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> 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: | |

| | |
|--|--------------|
| CERIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA MATRIMONIO AGREGAR | |
| V.D.R.L.: | OTRO EXAMEN: |

| | |
|--|----------------------------------|
| CERIFICADO 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 ALEJANDRA VILLA VAZQUEZ <i>Dra. Alejandra Villa Vazquez</i> | SECRETARÍA DE SALUD CESSA CUITZEO SERVICIOS AMPLIADOS BENITO JUÁREZ PONIENTE S/N CUITZEO C.P 58840 CUITZEO, MICHOACÁN | FIRMA DEL MÉDICO <i>Alejandra Villa Vazquez</i> SELLO DE LA UNIDAD |
| EGRESADO DE: MÉDICA (O) GENERAL | | |
| CÉDULA DE LA D.G.P.: | | |
| REGIÓN SANITARIA: | | |
| UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS CUITZEO | | |
| HORARIO DE CONSULTA: 19/06/2024 09:31 | | |