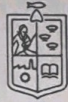




Secretaría de Salud

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD



Gobierno de Michoacán
SALUD 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	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 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:	

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 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		

Original: Interesado Copia: Expediente clínico