



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: 20/06/2024 10:45	FOLIO: CERTM2454850655
--	--------------------------------------	---------------------------

EL SUSCRITO (MÉDICO): MÉDICA (O) ESPECIALISTA JESUS HERNANDEZ RAMIREZ
--

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE

NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)): PINTOR CERRITEÑO MISAEAL	POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: SSA005485EXP202406203159
---	----------------	---

SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 79 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 CONVIVAN CON EL (ELLA)?: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL ES? ARTROSIS DE RODILLAS Y COLUMNA LUMBAR / LUMBALGIA CRÓNICA CON RADICULOPATÍA
---	--

EXPLORACIÓN FÍSICA

PESO EN KG: 58.1 (Kg)	TALLA EN CM: 152 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 124/82 (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?: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
¿LA PERSONA REQUIERE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO?: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> 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?: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿A CUAL?:
¿CONSIDERA USTED QUE EL PACIENTE REQUIERE ALGÚN ESTUDIO: <input type="checkbox"/> SI <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	SECRETARIA DE SALUD CESSA CUITZEO C/S SERVICIOS AMPLIADOS AV BENITO JUÁREZ PONIENTE S/N CUITZEO C.P 58840 CUITZEO, MICHOACÁN	FIRMA DEL MÉDICO SELLO DE LA UNIDAD:
NOMBRE DEL MÉDICO: MÉDICA (O) ESPECIALISTA JESUS HERNANDEZ RAMIREZ		
EGRESADO DE: MÉDICA (O) ESPECIALISTA		
CÉDULA DE LA D.G.P.: 13464492		
REGIÓN SANITARIA:		
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS CUITZEO		
HORARIO DE CONSULTA: 20/06/2024 10:45		