



CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD



Gobierno de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD TZITZIO (MNSSA003694) REFORMA SIN NUMERO TZITZIO	FECHA SOLICITUD: 10/06/2024 14:26	FOLIO: CERTM2436940066
---	--------------------------------------	---------------------------

EL SUSCRITO (MÉDICO): MÉDICA (O) PASANTE ARIADNA HERRERA RIVAS

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE

NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)): ZAVALA CONEJO RAYMUNDO	POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: 04-Z
---	----------------	-------------------------------

SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 65 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? Hernia discal de L4 y L5
---	---

EXPLORACIÓN FÍSICA

PESO EN KG: 70 (Kg)	TALLA EN CM: 150 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 130/80 (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 type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" 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"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿LA PERSONA REQUIERE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO?: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EN CASO DE SER AFIRMATIVO. ¿QUÉ TRATAMIENTO?: BASTON DE CUATRO PUNTOS
¿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 CÚAL?:
¿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: ADULTO MAYOR QUE PRESENTA LUMBALGIA DEBIDO A HERNIA DICAL DE L4 Y L5 Y REQUIERE BASTON DE 4 PUNTOS	

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
2015-2021



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

NOMBRE DEL MÉDICO: MÉDICA (O) PASANTE ARIADNA HERRERA RIVAS	FIRMA DEL MÉDICO
EGRESADO DE: MÉDICA (O) PASANTE	SELLO DE LA UNIDAD
CÉDULA DE LA D.G.P.:	SECRETARÍA DE SALUD
REGIÓN SANITARIA:	CSTZITZIO
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: CENTRO DE SALUD TZITZIO	REFORMA S/N
HORARIO DE CONSULTA: 10/06/2024 14:26	C.P. 61330
	TZITZIO MICHOACÁN