

| | | | |
|--|------------------|---|--|
| UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD TZITZIO (MNSSA003694) REFORMA SIN NUMERO TZITZIO | | FECHA SOLICITUD: 10/06/2024 13:22 | FOLIO: CERTM2436940061 |
| 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)): BOYZO VACA MARIA LIDIA | | POLIZA: N/A | NÚMERO DE EXPEDIENTE: SSA003694EXP202406100302 |
| SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO | EDAD: 50 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? Lesión de ligamentos crónica de tobillo derecho. | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| EXPLORACIÓN FÍSICA | | | |
| PESO EN KG: 74 (Kg) | | TALLA EN CM: 158 (cm) | P.A. SIST / DIAST: 120/70 (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 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 UN PUNTO |
| ¿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. ¿CUAL(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: PACIENTE FEMENINA CON LESIÓN CRÓNICA DE LIGAMENTOS EN TOBILLO DERECHO QUIEN REQUIERE BASTON DE UN PUNTO | |

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

| | |
|---|---|
| CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA DIVORCIO AGREGAR | |
| RESULTADO DEL EXAMEN DE GRAVINDEIX: | 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 EGRESADO DE: MÉDICA (O) PASANTE CÉDULA DE LA D.G.P.: REGIÓN SANITARIA: UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: CENTRO DE SALUD TZITZIO HORARIO DE CONSULTA: 10/06/2024 13:22 | <p>FIRMA DEL MÉDICO</p> <p>SECRETARÍA DE SALUD TZITZIO REFORMA SIN C.P. 61330 TZITZIO MICHOACÁN</p> |
|--|---|