

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD TZITZIO (MNSSA003694) REFORMA SIN NUMERO TZITZIO	FECHA SOLICITUD: 28/06/2024 14:00	FOLIO: CERTM2436940072
---	--------------------------------------	---------------------------

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)): RANGEL SOLORIO PEDRO	POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: SSA003694EXP202406280319
---	----------------	---

SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 88 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? Discapacidad motriz secundaria a cambios degenerativos propios de la edad avanzada
--	---

EXPLORACIÓN FÍSICA

PESO EN KG: 61 (Kg)	TALLA EN CM: 161 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 130/80 (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 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?: ANDADERA
¿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 MAUOR QUIEN POR DIAGNOSTICO DE DISCAPACIDAD MOTRIZ SECUNDARIA A CAMBIOS DEGENERATIVOS PROPIOS DE LA EDAD AVANZADA REQUIERE DE ANDADERA

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

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

FIRMA DEL MÉDICO
SELLO DE LA UNIDAD:

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: 28/06/2024 14:00	SECRETARÍA DE SALUD CS TZITZIO REFORMA S/N C.P. 61330 TZITZIO, MICHOACAN
--	---