



# CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD



Gobierno de Michoacán

|  |                   |                 |
|--|-------------------|-----------------|
| UNIDAD MÉDICA INICIAL (CALLE, AVENIDA, CARRETERA)                            | FECHA DE CONSULTA | FCI 03          |
| CENTRO DE SALUD LAS GUACAMAYAS (MUNICIPIO DE ZINAPARO) SIN NUMERO GUACAMAYAS | 07/06/2024 13:58  | 0621M2418210121 |
| C. SUJETO (MÉDICO)   |                   |                 |
| MÉDICO (O) GENERAL HUGO ZURIGA OCHOA   |                   |                 |

Bajo protesta de decir verdad certifico que:

|   |         |   |  |
|---|---------|---|--|
| NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S))            |         | EDAD  | NUMERO DE EXPEDIENTE   |
|   |         | SEXO  | 6640183184200000011471   |
| ESTADO CIVIL (MARRIDAJE)  | EDAD    | ES  | PARA   |
| <input type="checkbox"/> SOLTERO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO | SE SINA | <input checked="" type="checkbox"/> ACTIVO <input type="checkbox"/> NO ACTIVO | <input type="checkbox"/> MATRIMONIO <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> ESCUELA <input type="checkbox"/> QUIRÓFANO <input type="checkbox"/> LICENCIA <input checked="" type="checkbox"/> INCAPACITADO |

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| ¿HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD PREVA DE IMPORTANCIA QUE IMPIDIERA O PREVIENE ALGUN TIPO DE INCAPACITACIÓN PARA LAS PERSONAS QUE CONQUISTAN CON EL DEBIDO? | EN CASO AFIRMATIVO, ¿CÓMO ES? |
| <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO  |                               |

|              |             |                      |
|--------------|-------------|----------------------|
| ALTURA EN CM | TALLA EN CM | P.A. (MMHg) / DIAST. |
|              | 160 (cm)    | 100/100 (mmHg)       |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| ¿HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD VISUAL?                             | ¿OÍDOS (INCLUYENDO AGUDEZA)   | ¿CUELLO?  | ¿CORAZÓN?   |
| <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL | <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL | <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL | <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL |
| ¿HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD GINECOLÓGICA?                       | ¿GENITALES?   | ¿MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES?  |   |
| <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL | <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL | <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL |   |

|  |  |
|--|--|
| ¿HA TENIDO ALGUN TIPO DE INCAPACITACIÓN PARA LA PERSONA? |  |
| <input type="checkbox"/> NO                              |  |

|  |  |
|--|--|
| ¿HA TENIDO ALGUN TIPO DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO? | EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿QUÉ TRATAMIENTO? |
| <input checked="" type="checkbox"/> NO           |  |

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| ¿HA NECESARIO REFERIR A LA PERSONA A OTRA UNIDAD DE SALUD PARA SU TRATAMIENTO? | EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿LA CUAL? |
| <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO             |                                      |

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| ¿HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE REQUIERE ALGUN ESTUDIO?           | EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿CUAL(ES)? |
| <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |                                       |

|   |  |
|---|--|
| ¿HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE REQUIERE ALGUN ESTUDIO?  | FACTOR RH:   |
| <input type="checkbox"/> A+ <input type="checkbox"/> B+ <input type="checkbox"/> B- <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> AB- <input checked="" type="checkbox"/> O+ <input type="checkbox"/> O- | <input checked="" type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO |

¿HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE REQUIERE ALGUN ESTUDIO?

|  |              |
|--|--------------|
| ¿HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE REQUIERE ALGUN ESTUDIO? | OTRO EXAMEN: |
|  |              |

|  |  |
|--|--|
| ¿HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE REQUIERE ALGUN ESTUDIO? |  |
|  |  |

¿HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE REQUIERE ALGUN ESTUDIO?

|  |  |
|--|--|
| ¿HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE REQUIERE ALGUN ESTUDIO? | GOBIERNO DEL EST. DE MICHOACÁN 202                           |
| ¿HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE REQUIERE ALGUN ESTUDIO? | FIRMA DEL MÉDICO   |
| ¿HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE REQUIERE ALGUN ESTUDIO? | SELLO DE LA UNIDAD SECRETARÍA DE SALUD C.S. LAS GUACAMAYAS   |
| ¿HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE REQUIERE ALGUN ESTUDIO? | CLAVE MNSA001821 C. ZINAPARO 413 ESQ. TARMARCO COL. EL LINDO |
| ¿HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE REQUIERE ALGUN ESTUDIO? | LA B.S.P. 726021   |
| ¿HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE REQUIERE ALGUN ESTUDIO? | DESCRIPCIÓN CENTRO DE SALUD LAS GUACAMAYAS                   |
| ¿HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE REQUIERE ALGUN ESTUDIO? | CONSULTA 07/06/2024 13:58                                    |