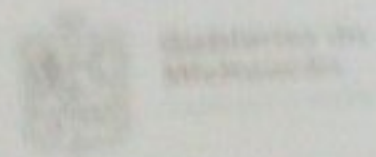


CERTIFICADO MEDICO DE SALUD



NOMBRE DEL PACIENTE (NOMBRE COMPLETO)		FECHA DE NACIMIENTO	
CALLE DEL PACIENTE (CALLE, NUMERO, COLONIA, MUNICIPIO, ESTADO)		MUNICIPIO	
NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD (NOMBRE COMPLETO)			
SEXO		ESTADO CIVIL	
MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>		CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input checked="" type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDA <input type="checkbox"/> SOLTERA <input type="checkbox"/> SEPARADA <input type="checkbox"/> DIVORCIADA <input type="checkbox"/>	
OCCUPACION		EN CASO AFIRMATIVO ¿QUÉ ES?	
¿HA TENIDO ALGUNA EMPERMECION PRECISA DE MARCHA QUE REQUIERIE O REQUIERAN ALGUN TIPO DE AYUDA PARA LAS PERSONAS QUE CONVIVAN CON EL BULLY?			

TALLA EN CM		P.A. SIST./DIAST.	
170 CM		100/60 MMHG	
¿HA TENIDO ALGUNA ALERGIJA?	¿HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD RENAL?	¿HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD CARDIACA?	¿HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD RESPIRATORIA?
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

¿HA TENIDO ALGUNA DISCAPACIDAD MOTRIZ?	¿HA TENIDO ALGUNA DISCAPACIDAD AUDITIVA?	¿HA TENIDO ALGUNA DISCAPACIDAD VISUAL?	¿HA TENIDO ALGUNA DISCAPACIDAD COGNITIVA?
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
¿HA TENIDO ALGUNA DISCAPACIDAD MOTRIZ CRONICA PERMANENTE E IRREVERSIBLE?		¿HA TENIDO ALGUNA DISCAPACIDAD AUDITIVA CRONICA PERMANENTE E IRREVERSIBLE?	
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	

CON DISCAPACIDAD PERMANENTE E IRREVERSIBLE AUDITIVA SECUNDARIA A HIPOACUSIA BIATERAL CRONICA + DISCAPACIDAD MOTRIZ CRONICA PERMANENTE E IRREVERSIBLE SECUNDARIA A DISCAPACIDAD CORPORAL SECUNDARIA A EVENTO CEREBRAL VASCULAR

¿HA TENIDO ALGUNA DISCAPACIDAD MOTRIZ CRONICA PERMANENTE E IRREVERSIBLE?	¿HA TENIDO ALGUNA DISCAPACIDAD AUDITIVA CRONICA PERMANENTE E IRREVERSIBLE?
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

¿HA TENIDO ALGUNA DISCAPACIDAD MOTRIZ CRONICA PERMANENTE E IRREVERSIBLE?	¿HA TENIDO ALGUNA DISCAPACIDAD AUDITIVA CRONICA PERMANENTE E IRREVERSIBLE?
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

GOBIERNO FEDERAL DE MEXICO



FIRMA DEL MEDICO
 SELLO DE LA UNIDAD
 C. LAS GUACAMAYAS
 C. LAS GUACAMAYAS
 C. LAS GUACAMAYAS
 C. LAS GUACAMAYAS
 C. LAS GUACAMAYAS

FECHA DEL MEDICO: MEDICA (D) GENERAL HUGO ZUÑIGA COCHA
 FECHA DE: MEDICA (D) GENERAL
 CLAVE DE LA U.S.S.P.: 720001
 CENTRO DE SALUD: CENTRO DE SALUD LAS GUACAMAYAS
 FECHA DE CONSULTA: 07/06/2024 13:52