



CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD



Gobierno de Michoacán

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLASE, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD DE OCAMPO (MNSSA002306) PINO SUÁREZ SIN NUMERO OCAMPO	FECHA SOLICITUD: 17/05/2024 12:17	FOLIO: CERTMZA23060230
EL SUSCRITO (MÉDICO): MÉDICA (O) GENERAL YESICA GUADARRAMA MEJIA		

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE

NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)): BERNARD GARCIA HERMINIA	POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: SSA002306EXP202406171398
SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 65 años	ES: <input type="checkbox"/> APTO <input checked="" type="checkbox"/> NO APTO
PARA: <input type="checkbox"/> MATRIMONIO <input checked="" type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> ESCUELA <input type="checkbox"/> DIVORCIO <input type="checkbox"/> LICENCIA <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD		

BAJO LOS SIGUIENTES CUESTIONAMIENTOS: ¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD PREVIA DE IMPORTANCIA QUE IMPOSIBLETE 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? HIPOACUSIA IZQUIERDA
---	---

EXPLORACIÓN FÍSICA			
PESO EN KG: 62 (kg)	TALLA EN CM: 152 (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 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 checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	

¿LAS ANORMALIDADES QUE SE REFIEREN EN EL PÁRRAFO ANTERIOR REPRESENTAN 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?: VAOLORACION
¿COMO SEA 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?:
¿REQUIERE ESTUDIO 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

OTRO EXAMEN:

OTRO EXAMEN:

Gobierno del Estado de Michoacán 2015-2021



SECRETARÍA DE SALUD CS OCAMPO DANASO Cárdenas S/N 0301430 OCAMPO, Michoacán, México	FIRMA DEL MÉDICO SELLO DE LA UNIDAD:
---	---