



CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD



UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD DE OCAMPO (MNSSA002306) PINO SUÁREZ SIN NUMERO OCAMPO	FECHA SOLICITUD 11/06/2024 10:26	FOLIO CERTM2423060221
--	-------------------------------------	--------------------------

EL SUSCRITO (MÉDICO):
MÉDICA (O) GENERAL CECILIA AGUILAR CISNEROS

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE

NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)): BARTOLO MARTINEZ ANGELA	POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: SSA002306EXP202406111352
--	----------------	---

SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 82 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 type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO ¿CUÁL ES? presenta disminución de la audición de ambos oídos
--	--

EXPLORACIÓN FÍSICA			
PESO EN KG: 48 900 (Kg)	TALLA EN CM: 142 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 150/80 (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	
¿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 type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	EN CASO DE SER AFIRMATIVO. ¿QUÉ TRATAMIENTO?:
¿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. ¿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:	

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

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA DIVORCIO AGREGAR	
RESULTADO DEL EXAMEN DE GRAVINDEX:	

Gobierno del Estado de Michoacán

NOTA. EN VIRTUD DE QUE ES UN DOCUMENTO LEGAL DEBE DE REALIZARSE HISTORIA CLÍNICA Y/O LA NOTA MÉDICA.

NOMBRE DEL MÉDICO: MÉDICA (O) GENERAL CECILIA AGUILAR CISNEROS	FIRMA DEL MÉDICO:
EGRESADO DE: MÉDICA (O) GENERAL	SELLO DE LA UNIDAD:
CÉDULA DE LA D.G.P.: 10203169	
REGIÓN SANITARIA:	
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: CENTRO DE SALUD DE OCAMPO	
HORARIO DE CONSULTA: 11/06/2024 10:26	

SECRETARÍA DE SALUD
CS OCAMPO
DAMASO CARDENAS SIN
C.P. 61400
OCAMPO, OCAMPO, MICH.

Original: 11/06/2024 Copia: Expediente clínico