



CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD



UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLASE, JURISDICCIÓN, DOMICILIO) CENTRO DE SALUD NOCUPETARO DE MORELOS (ANEXO 2200) CORREGIDORA #152 NOCUPETARO DE MORELOS		FECHA SOLICITUD 16/07/2024 12:29	FOLIO CERTM242216044
EL SUJETO (MÉDICO) MÉDICA (O) GENERAL LIZBETH PINEDA AVILA			
BAJO PROTESTA DE OCORRER VERDAD, CERTIFICA QUE			
NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)) SALVADOR GALLEJOS GUZMAN		POLIZA N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE SSA032MEXF202407160472
SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD 38 años	ES <input type="checkbox"/> APTO <input checked="" 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
HAZ LOS SIGUIENTES CUESTIONARIOS		EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL ES?	
¿TENE O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD PREVIA DE IMPORTANCIA QUE IMPOSIBILITE O REPRESENTA ALGUN RIESGO PARA LAS PERSONAS QUE CONVIVAN CON EL (ELLA)? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			

EXPLORACIÓN FÍSICA		TALLA EN CM 140 (cm)		P.A. SIST / DIAST. 80/70 (mmHg)	
OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL) <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL		OÍDOS (INCLUYENDO AGUDEZA <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL		CUELLO: <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		TÓRAX: <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 ALGUN TIPO DE INCAPACIDAD PARA LA PERSONA? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
¿LA PERSONA REQUIERE ALGUN 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 GRAVIDEX:	

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 LIZBETH PINEDA AVILA
EGRESADO DE:	MÉDICA (O) GENERAL
CÉDULA DE LA D.G.P.:	5243450
REGIÓN SANITARIA:	
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:	CENTRO DE SALUD NOCUPETARO DE MORELOS
HORARIO DE CONSULTA:	16/07/2024 12:29

Original Interesado Copia Expediente clínico

[Signature]

Centro de Salud
SECTOR DE LA UNIDAD
Nocupetaro
de Morelos
SECRETARÍA DE SALUD
GOBIERNO DE MICHOACÁN

CORREGIDORA #152 COL. CENTRO,
C.P. 61900 NOCUPETARO, MICHOACÁN