

UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO): CENTRO DE SALUD APORO (MNSSA000206) CUAHUTEMOC 7 APORO		FECHA SOLICITUD: 15/07/2024 12:44	FOLIO: CERTM2402060102
EL SUSCRITO (MÉDICO): MÉDICA (O) PASANTE ALAIN QUIROZ SANCHEZ			
BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE			
NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)): TORRES RUBIO HERLINDA		POLIZA: N/A	NÚMERO DE EXPEDIENTE: SSA000206EXP202406140446
SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD: 88 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:		EN CASO AFIRMATIVO. ¿CUÁL ES?	
¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD PREVIA DE IMPORTANCIA QUE IMPOSIBILITE O REPRESENTA ALGÚN RIESGO PARA LAS PERSONAS QUE CONVIVAN CON EL (ELLA)? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		ASITENCIA TOTAL	
EXPLORACIÓN FÍSICA			
PESO EN KG: 62 (Kg)		TALLA EN CM: 155 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 130/70 (mmHg)
OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" 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 type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> O+ <input type="checkbox"/> O-		FACTOR RH: <input checked="" 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:			

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

NOMBRE DEL MÉDICO:	MÉDICA (O) PASANTE ALAIN QUIROZ SANCHEZ	
EGRESADO DE:	MÉDICA (O) PASANTE	
CÉDULA DE LA D.G.P.:		
REGIÓN SANITARIA:		
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:	CENTRO DE SALUD APORO	
HORARIO DE CONSULTA:	15/07/2024 12:44	

Original: Interesado Copia: Expediente clínico