

EL SUSCRITO (MÉDICO): DRA. MARIA DEL SAGRARIO JOSEFINA BERNI BENITEZ		FECHA DE EXPEDICIÓN: (DIA/MES/AÑO) 01/08/2025	FOLIO: 25-E-00075381
BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE			
NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO Y NOMBRE(S)): CHAVEZ QUILES LUIS ANGEL			NÚMERO DE EXPEDIENTE: 55062
SEXO: ☒ MASCULINO ☐ FEMENINO	EDAD: 10 AÑOS	ES: ☒ APTO ☐ NO APTO	PARA: ☐ MATRIMONIO ☐ TRABAJO ☐ PASAPORTE ☒ ESCUELA ☐ DIVORCIO
BAJO LOS SIGUIENTES CUESTIONAMIENTOS: ¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD PREVIA DE IMPORTANCIA QUE IMPOSIBILITE SU DESEMPEÑO EN LA ESCUELA O REPRESENTA ALGÚN RIESGO PARA LAS PERSONAS QUE CONVIVAN CON EL (ELLA)?: ☐ SI ☒ NO		EN CASO AFIRMATIVO. ¿CUÁL ES?:	

EXPLORACIÓN FÍSICA		
PESO EN KG: 61 (Kg)	TALLA EN CM: 156 (cm)	P.A. SIST / DIAST: 125/81 (mmHg)
OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL): ☒ NORMAL ☐ ANORMAL	OÍDOS (INCLUYENDO AGUDEZA AUDITIVA): ☒ NORMAL ☐ ANORMAL	CUELLO: ☒ NORMAL ☐ ANORMAL
TÓRAX: ☒ NORMAL ☐ ANORMAL	ABDOMEN: ☒ NORMAL ☐ ANORMAL	MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES: ☒ NORMAL ☐ ANORMAL
GENITALES: ☒ NORMAL ☐ ANORMAL		
(A CRITERIO DEL MÉDICO Y CON CONSENTIMIENTO DEL INTERESADO (A))		

LAS ANORMALIDADES QUE SE REFIEREN EN EL PÁRRAFO ANTERIOR	
¿REPRESENTAN ALGÚN TIPO DE INCAPACIDAD PARA LA PERSONA?: ☐ SI ☒ NO	
¿LA PERSONA REQUIERE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO?: ☐ SI ☒ NO	EN CASO AFIRMATIVO. ¿QUÉ TRATAMIENTO?:
¿CONSIDERA NECESARIO REFERIR A LA PERSONA A OTRA UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD PARA SU TRATAMIENTO?: ☐ SI ☒ NO	EN CASO AFIRMATIVO. ¿A CUÁL?:
¿CONSIDERA USTED QUE EL PACIENTE REQUIERE ALGÚN ESTUDIO ESPECIAL?: ☐ SI ☒ NO	EN CASO AFIRMATIVO. ¿CUÁL (ES)?:

EN CASO DE:			
CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA MATRIMONIO AGREGAR			
V.D.R.L.:	TIPO DE SANGRE: O	FACTOR RH: ☒ POSITIVO ☐ NEGATIVO	OTRO EXAMEN:

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

NOTA: EN VIRTUD DE QUE ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL DEBE DE REALIZARSE HISTORIA CLÍNICA Y/O LA NOTA MÉDICA.		 FIRMA DEL MÉDICO: SELLO DE LA UNIDAD:
NOMBRE DEL MÉDICO: DRA. MARIA DEL SAGRARIO JOSEFINA BERNI BENITEZ EGRESADO DE: UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA CÉDULA DE LA D.G.P.: 8308332 REGIÓN SANITARIA: CENTRO ZAPOPAN UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: CENTRO DE SALUD ZAPOPAN NORTE I HORARIO DE CONSULTA: Dra Maria del Sagrario J. Berni Benitez Ced. Prof. 8308332 Escuela U. de G. Farc. Med. C.S. ZAPOPAN NTE. 1 Dom: Hidalgo S/N Turno Vespertino: 12:00 a 20:00 Hrs.		SERVICIOS DE SALUD JALISCO C.S. ZAPOPAN NORTE I CLUES JCSSA007305 REGION SANITARIA X CENTRO - ZAPOPAN