



# FUNDACIÓN BEST, A.C.

## DIVISIÓN SALUD

### Certificado Médico

El que suscribe, Médico Cirujano legalmente autorizado para ejercer su profesión.

#### Certifica

Que habiendo practicado reconocimiento médico a:

Nombre(s): **ANTONIO** Apellido Paterno: **ALVARADO** Apellido Materno: **AVILA**

Sexo: **MASCULINO** Edad: **70** Fecha de Nacimiento: **30/sep./1945**

T.A.: **140/80 mm/Hg** F.C.: **78 xmin** F.R.: **18 xmin** TEMP.: **36.50 °C**

PESO: **112.00 Kg** TALLA: **1.70 M** IMC: **38.75 Kg/m2**

Se encuentra:

**MASCULINO DE 70 AÑOS DE EDAD. CLINICAMENTE ESTABLE, APTO PARA ACTIVIDADES LABORALES.**

**ANT. HEREDOFAMILIARES NIEGA DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA Y ONCOLOGICOS.**

**ANT. PERSONALES PATOLOGICOS NIEGA CRONICO-DEGENERATIVOS**

**ALERGICOS POSITIVOS A LA CARNE DE CERDO; NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS.**

**GRUPO SANGUINEO O POSITIVO**

**A LA EXPLORACION FISICA CONSCIENTE, TRANQUILO, ORIENTADO, BUENA COLORACION E HIDRATACION DE TEGUMENTOS; AGUDEZA VISUAL 20-25 OJO DERECHO; 20-15 OJO IZQUIERDO; CARDIOPULMONAR SIN COMPROMISO.**

**SE DA ORIENTACION MEDICA PARA CORRECCION VISUAL.**



Se extiende el presente certificado para los fines que al interesado convengan, en la ciudad de: **TLALNEPANTLA DE BAZ**

a los **22** días del mes de **marzo** de **2016**

Dr.(a): **DIANA GABRIELA ALVAREZ GÓMEZ**

Cédula Profesional: **7773473**

Universidad Egreso: **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

*Diana Gabriela Alvarez Gómez*  
Médico Cirujano General  
Céd. P.M. 7773473