



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): JOSE LUIS

Primer Apellido: QUEVEDO

Segundo Apellido: DIOSDADO

Sexo: MASCULINO

Edad: 48 años

Fecha de Nacimiento: 10/sep./1971

T.A.: 110/70 mm/Hg

F.C.: 78 xmin

F.R.: 17 xmin

TEMP.: 36.0 °C

PESO: 84.000 Kg

TALLA: 1.67 M

IMC: 30.11 Kg/m2

Se encuentra:

PACIENTE MASCULINO DE 48 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE CONSCIENTE, TRANQUILO, COOPERADOR, CON ADECUADO ESTADO DE HIDRATACION Y COLORACION DE TEGUMENTOS, CARDIOPULMONAR SIN COMPROMISO, RESTO DE EXPLORACION FISICA SIN HALLAZGOS EVIDENTES.

OBESIDAD (APTO PARA REALIZAR ACTIVIDADES)

ALERGIAS: NEGADOS

NIEGA ENFERMEDADES DE IMPORTANCIA.

GRUPO SANGUINEO: DESCONOCE.

AHF: MADRE DIABETICA.

NIEGA CONSUMO DE OTRAS DROGAS.

ALCOHOL OCASIONAL.

TABACO 4 CIGARROS AL DIA POR 28 AÑOS.

Se extiende el presente certificado para los fines que al interesado convengan, en la ciudad de: TULTITLAN, ESTADO DE MEXICO

a los 07 días del mes de noviembre de 2019

Dr.(a): THALIA CRUZ SALINAS

Cédula Profesional: 11046626

Universidad Egreso: UNIVERSIDAD JUSTO SIERRA (CENTRO CULTURAL UNIVERSITARIO JUSTO SIERRA)