

Fecha: 01/11/2022 Empresa: AISAN Puesto: STAFF RH  
 Nombre: FRANCISCO JAVIER ONTIVEROS CEBALLOS Genero: Hombre  
 Edad: 34 Fecha de nacimiento: 10/09/1988  
 Domicilio: CALLE 7 Numero: 105 Colonia: PRIVADAS DE LA HACIENDA  
 Ciudad: SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ Estado: SLP Telefono: 4445541592  
 Estado Civil: CASADO Escolaridad: LICENCIATURA

| Hijos | Genero | Edad | Sano | Observaciones |
|-------|--------|------|------|---------------|
| 1     |        |      |      |               |
| 2     |        |      |      |               |
| 3     |        |      |      |               |

### Antecedentes laborales

Antigüedad en la empresa: 3 Antigüedad en el puesto actual: 3  
 Actividad que realiza: ADMINISTRATIVA  
 Ha sufrido algun accidente: NO Cuando? \_\_\_\_\_  
 Que le sucedio? \_\_\_\_\_  
 En su puesto actual a que esta expuesto? NINGUNO  
 Cargas: especifique kg: \_\_\_\_\_ Agacharse continuamente: NO  
 Quimicos especifique: \_\_\_\_\_ levantar brazos por encima de los hombros: NO  
 Que tipo de proteccion personal utiliza ZAPATO DE SEGURIDAD Otro: \_\_\_\_\_  
 A sufrido alguna enfermedad a causa del trabajo? NO Cual: \_\_\_\_\_

### Antecedentes Heredo-Familiares

|       | Vive | Edad | Sano | Padecimientos |
|-------|------|------|------|---------------|
| Padre | SI   | 62   | NO   | HTA           |
| Madre | SI   | 55   | NO   | PARKINSON     |

Numero de hermanos: 2 Vivos \_\_\_\_\_ Sanos: SI Finados 2

| Enfermedad   | Parentesco                | Descripcion             |
|--------------|---------------------------|-------------------------|
| Cancer       | HERMANO                   | LEUCEMIA                |
| Diabetes     | SUELOS Y TIOS AMBOS LADOS |                         |
| Hipertension | PADRE                     |                         |
| Cardiopatias | NEG                       |                         |
| Nefropatias  | TIO PATERNO               | IRC                     |
| Neurologias  | MADRE                     | ENFERMEDAD DE PARKINSON |
| Neumopatias  |                           |                         |
| Otras        |                           |                         |

### Antecedentes personales

| Enfermedad           | Resultado | Descripcion / Observaciones |           |           |                  |
|----------------------|-----------|-----------------------------|-----------|-----------|------------------|
| Cronico-degenerativo | NEGATIVO  |                             |           |           |                  |
| Traumaticos          | NEGATIVO  |                             |           |           |                  |
| Quirurgicos          | POSITIVO  | LASIK                       |           |           |                  |
| Alergicos            | NEGATIVO  |                             |           |           |                  |
| Transfucionales      | NEGATIVO  | Fecha                       |           | Tipo y RH |                  |
| Tabaquismo           | POSITIVO  | Cigarros al dia             | IRREGULAR | Durante:  | ESDE LOS 20 AÑOS |
| Alcoholismo          | NEGATIVO  | Frecuencia                  | NINGUNA   |           |                  |
| Dependencias         | NEGATIVO  | Ult. Con                    |           | Sustancia |                  |

### Antecedentes Gineco-obstetricos

Menarca: \_\_\_\_\_ Menopausia \_\_\_\_\_ Dismorrea: NO IVSA \_\_\_\_\_  
 VSA NO G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_  
 Causa: \_\_\_\_\_ FUM: \_\_\_\_\_  
 MPF: \_\_\_\_\_ PAP: \_\_\_\_\_  
 TX: NO Alt Mama: NO

### Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| Varicela                         | NO |
| Paperas                          | NO |
| Tuberculosis                     | NO |
| Rubeola                          | NO |
| Hepatitis                        | NO |
| Sensacion de oidos tapados       | NO |
| Dificultad para escuchar sonidos | NO |
| Dolor o secrecion de oidos       | NO |
| Obstruccion de la nariz          | NO |
| Salida de secrecion por nariz    | NO |
| Sangrados frecuentes por nariz   | NO |
| Estornudos frecuentemente        | NO |
| Tos frecuente                    | NO |
| Flema con sangre                 | NO |
| Dificultad para respirar o asma  | NO |
| Silbidos al respirar profundo    | NO |
| Cansancio al caminar o correr    | NO |
| Cansancio al subir escaleras     | NO |
| Sensacion opresion en el pecho   | NO |
| Palpitaciones, dolor en el pecho | NO |
| Presion arterial alta o baja     | NO |
| Mareo, vertigo o vision borrosa  | NO |
| Varices en piernas o hemorroides | NO |
| Vomito intenso                   | NO |
| Ardor estomacal, agruras         | NO |

|   |    |
|---|----|
| Dolor Vesicula biliar                     | NO |
| Fracturas, luxaciones, esguince           | NO |
| Dolor articular, artritis                 | NO |
| Lesion en algun tendon                    | NO |
| Dolor de cuello, espalda o cintura        | NO |
| Dolor o ardor al orinar                   | NO |
| Despierta frecuentemente a orinar         | NO |
| Calculos o piedras en el riñon            | NO |
| Necesita hacer fuerza para orinar         | NO |
| Dolor al tener relaciones sexuales        | NO |
| Enfermedades de transmision sexual        | NO |
| Practicas sexuales de riesgo              | NO |
| Dolor de cabeza frecuente                 | NO |
| Paralisis en alguna parte del cuerpo      | NO |
| Convulsiones, epilepsia                   | NO |
| Adormecimiento brazos, manos o piernas    | NO |
| Ronchas o comezon en la piel              | NO |
| Alergias                                  | NO |
| Comezon o ardor en ojos, nariz o garganta | NO |
| Hongos en piel o uñas                     | NO |
| Aumento o disminucion de peso             | NO |
| Problemas de la vista                     | NO |
| Usa lentes                                | NO |
| Tiene tatuajes                            | NO |
| Evacuaciones con sangre                   | NO |

Comentarios

|  |
|--|
|  |
|--|

Realiza algun tipo de ejercicio: NO Cual: \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_

Tiene algun impedimento fisico en sus pies para usar zapatos de seguridad? NO

Cual es su mano mas habil para trabajar: DERECHA

Peso: 87 kg      TA: 120/80 mmHg      FR: 18 x'  
Estatura: 1.72 m      FC: 80 x'      T: 36 C  
IMC: 29.4 Kg/m<sup>2</sup>      P. Abdominal: 110 cm      SpO<sub>2</sub>: 97 %

### Exploracion fisica

Actitud NORMAL    Habitus NORMAL    Facies NORMAL    Marcha NORMAL

| Exploracion Visual   |        |
|----------------------|--------|
| Campos visuales      | NORMAL |
| Pupilas              | NORMAL |
| Cunjuntivas          | NORMAL |
| Movimientos Oculares | NORMAL |
| Parpados             | NORMAL |

| Agudeza visual |             |               |           |
|----------------|-------------|---------------|-----------|
|                | Ojo derecho | Ojo izquierdo | Binocular |
| Sin lentes     | NORMAL      | NORMAL        | NORMAL    |
| Con lentes     | NORMAL      | NORMAL        | NORMAL    |

Vision cercana: \_\_\_\_\_

Daltonismo NORMAL

Oidos: NORMAL    Nariz NORMAL    Boca: NORMAL    NORMAL

| Cuello y columna cervical |          |
|---------------------------|----------|
| Alineacion                | NORMAL   |
| Arcos de movilidad        | NORMAL   |
| Trofismo                  | NORMAL   |
| Tono muscular             | NORMAL   |
| Tiroides                  | NORMAL   |
| Ganglios                  | NEGATIVO |
| Masas                     | NEGATIVO |

| Espalda y columna dorso lumbar |          |
|--------------------------------|----------|
| Alineacion                     | NORMAL   |
| Simetria de hombros            | NORMAL   |
| Trofismo                       | NORMAL   |
| Arcos de movilidad             | NORMAL   |
| Tono muscular                  | NORMAL   |
| Fuerza                         | NORMAL   |
| Puntos dolorosos               | NEGATIVO |
| Laseague                       | NEGATIVO |

| <b>Abdomen</b>     |          |
|--------------------|----------|
| Inspeccion         | NORMAL   |
| Palpacion          | NORMAL   |
| Peristalismo       | NORMAL   |
| Tono muscular      | NORMAL   |
| Cicatriz Umbilical | NORMAL   |
| Viceromegalias     | NEGATIVO |
| Tumuraciones       | NEGATIVO |

| <b>Torax</b>         |        |
|----------------------|--------|
| Amplexion            | NORMAL |
| Amplexacion          | NORMAL |
| Ruidos cardiacos     | NORMAL |
| Ruidos respiratorios | NORMAL |

| <b>Piel</b> |        |            |        |
|-------------|--------|------------|--------|
| Coloracion  | NORMAL | Tatuajes   | NORMAL |
| Lesiones    | NORMAL | Cicatrices | NORMAL |

| <b>Miembro superior izquierdo</b> |          |
|-----------------------------------|----------|
| Integridad                        | NORMAL   |
| Trofismo                          | NORMAL   |
| Arcos movilidad                   | NORMAL   |
| Puntos dolorosos                  | NEGATIVO |
| Pulsos                            | NORMAL   |
| Fuerza                            | NORMAL   |
| Quistes                           | NEGATIVO |
| Deformidad                        | NEGATIVO |
| Amputaciones                      | NEGATIVO |

| <b>Miembro superior derecho</b> |          |
|---------------------------------|----------|
| Integridad                      | NORMAL   |
| Trofismo                        | NORMAL   |
| Arcos movilidad                 | NORMAL   |
| Puntos dolorosos                | NEGATIVO |
| Pulsos                          | NORMAL   |
| Fuerza                          | NORMAL   |
| Quistes                         | NEGATIVO |
| Deformidad                      | NEGATIVO |
| Amputaciones                    | NEGATIVO |

| <b>Miembro inferior izquierdo</b> |          |
|-----------------------------------|----------|
| Integridad                        | NORMAL   |
| Trofismo                          | NORMAL   |
| Arcos movilidad                   | NORMAL   |
| Puntos dolorosos                  | NEGATIVO |
| Pulsos                            | NORMAL   |
| Fuerza                            | NORMAL   |
| Deformidad                        | NEGATIVO |
| Amputaciones                      | NEGATIVO |
| Hongos                            | NEGATIVO |

| <b>Miembro inferior derecho</b> |          |
|---------------------------------|----------|
| Integridad                      | NORMAL   |
| Trofismo                        | NORMAL   |
| Arcos movilidad                 | NORMAL   |
| Puntos dolorosos                | NEGATIVO |
| Pulsos                          | NORMAL   |
| Fuerza                          | NORMAL   |
| Deformidad                      | NEGATIVO |
| Amputaciones                    | NEGATIVO |
| Hongos                          | NEGATIVO |

**Descripcion de Hallazgos**

FOTOFOBIA DE DOS MESES DE EVOLUCION, SE ASOCIA CON VISTA CANSADA EN OJO IZQUIERDO EL CUAL TIENE ANTECEDENTE DE LASIK

**Diagnosticos**

FOTOFOBIA  
SOBREPESO

Dra. Ilse Gabriela Acosta Puente

Nombre del medico

10531066

Cedula profesional

11393

REG SSA

Nombre: FRANCISCO JAVIER ONTIVEROS CEBALLOS  
Médico: SIN ASIGNAR  
Origen: AISAN  
Sexo: M Edad: 34 AÑOS

Num Folio: 221101016  
Fecha Cita: 01/11/2022  
Fecha Imp: 14/11/2022 09:14



Certificado de autenticidad

HOJA DE RESULTADOS

| Examen | Resultado | Unidad | Referencia |
|--------|-----------|--------|------------|
|--------|-----------|--------|------------|

AISAN NOV

BIOMETRIA HEMATICA

>>FORMULA ROJA

|  |       |                      |                |
|--|-------|----------------------|----------------|
| > Eritrocitos  | 5.05  | X10 <sup>6</sup> /uL | 4.50 - 6.00    |
| > Hemoglobina  | 15.60 | g/dL                 | 14.00 - 17.50  |
| > Hematocrito  | 47.50 | %                    | 42.00 - 50.00  |
| > Volumen Corpuscular Medio (VCM)                    | 94.00 | fL                   | 80.00 - 100.00 |
| > Concentracion Media de Hemoglobina (MCH)           | 30.90 | pg                   | 27.00 - 34.00  |
| > Concentracion Hemoglobina Corpuscular Media (MCHC) | 32.90 | g/dL                 | 31.00 - 36.00  |
| > Indice de Distribucion de Eritrocitos (RDW)        | 12.00 | %                    | 11.50 - 15.00  |

>>FORMULA BLANCA

|                             |       |                                   |               |
|-----------------------------|-------|-----------------------------------|---------------|
| > Leucocitos Totales        | 6.30  | X10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> | 4.50 - 11.00  |
| > Linfocitos (%)            | 38.00 | %                                 | 20.00 - 40.00 |
| > Monocitos %               | 5.00  | %                                 | 2.00 - 8.00   |
| > Neutrofilos Segmentados % | 57.00 | %                                 | 40.00 - 69.00 |
| > Neutrofilos en banda %    | 0.00  | %                                 | 0.00 - 1.00   |
| > Eosinofilos %             | 0.00  | %                                 | 0.00 - 5.00   |
| > Basofilos %               | 0.00  | %                                 | 0.00 - 2.00   |

>>PLAQUETAS

|  |         |                      |                 |
|--|---------|----------------------|-----------------|
| > Plaquetas                                | 324.00  | X10 <sup>3</sup> /uL | 150.00 - 450.00 |
| > Volumen Plaquetario Medio (VPM)          | 7.80    | fL                   | 7.40 - 11.00    |
| > INDICE DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA (IDP) | * 18.30 | %                    | 11.00 - 15.00   |

Método: Impedancia Electrica

QUIMICA SANGUINEA (4 ELEMENTOS)

|                          |       |       |                |
|--------------------------|-------|-------|----------------|
| > GLUCOSA                | 87.80 | mg/dL | 70.00 - 110.00 |
| > UREA                   | 32.70 | mg/dL | 19.00 - 43.00  |
| > NITROGENO UREICO (BUN) | 15.40 | mg/dL | 7.00 - 20.00   |
| > CREATININA             | 1.20  | mg/dL | 0.60 - 1.20    |
| > ACIDO URICO            | 4.20  | mg/dL | 3.40 - 7.00    |

EXAMEN GENERAL DE ORINA

>>EXAMEN MACROSCOPICO

|           |             |   |
|-----------|-------------|---|
| > Color   | AMARILLO    | . |
| > Aspecto | LIG. TURBIO | . |

>>EXAMEN QUIMICO



Responsable del Laboratorio: **QFB. Norma Angélica García Ramos**  
Cédula Profesional: **3693935**

**Nombre:** FRANCISCO JAVIER ONTIVEROS CEBALLOS  
**Médico:** SIN ASIGNAR  
**Origen:** AISAN  
**Sexo:** M **Edad:** 34 AÑOS

**Num Folio:** 221101016  
**Fecha Cita:** 01/11/2022  
**Fecha Imp:** 14/11/2022 09:14



Certificado de autenticidad

**HOJA DE RESULTADOS**

| Examen          | Resultado | Unidad | Referencia    |
|-----------------|-----------|--------|---------------|
| > Densidad      | 1.025     |        | 1.015 - 1.030 |
| > pH            | 6.00      |        | 4.50 - 8.00   |
| > Glucosa       | NEGATIVO  |        | Negativo      |
| > Proteínas     | NEGATIVO  |        | Negativo      |
| > Sangre        | HUELLAS   |        | Negativo      |
| > Bilirrubina   | NEGATIVO  |        | Negativo      |
| > Cetonas       | NEGATIVO  |        | Negativo      |
| > Urobilinogeno | 0.20      | mg/dL  | 0.20 - 2.00   |
| > LEUCOCITOS    | NEGATIVO  |        | Negativo      |
| > Nitritos      | NEGATIVO  |        | Negativo      |

**Método:** Microscopia

**>> SEDIMENTOS (Microscopia)**

|                           |           |  |  |
|---------------------------|-----------|--|--|
| Bacterias                 | Escasas   |  |  |
| Células Epiteliales       | Escasas   |  |  |
| Cristales de Urato Amorfo | Escasas   |  |  |
| Eritrocitos               | 0-1/CAMPO |  |  |
| Leucocitos                | 0-1/CAMPO |  |  |

**ANTIDOPING 3 (COCAINA, MARIHUANA, METANFETAMINA)**

|                  |          |  |          |
|------------------|----------|--|----------|
| > Cocaína        | NEGATIVO |  | Negativo |
| > Marihuana      | NEGATIVO |  | Negativo |
| > Metanfetaminas | NEGATIVO |  | NEGATIVO |

**Método:** Inmuncromatografía



Responsable del Laboratorio: **QFB. Norma Angélica García Ramos**  
Cédula Profesional: **3693935**

**PACIENTE:** FRANCISCO JAVIER ONTIVEROS CEBALLOS  
**EDAD:** 34 AÑOS  
**SEXO:** MASCULINO  
**MÉDICO:** A QUIEN CORRESPONDA  
**FECHA:** 5 DE NOVIEMBRE 2022

### RADIOGRAFIAS DE COLUMNA LUMBAR AP Y LATERAL

Se realizan radiografías de columna lumbosacra obteniendo proyecciones anteroposterior y lateral con los siguientes hallazgos:

Tejidos blandos con morfología y densidad normales.

Las estructuras óseas con adecuada radiopacidad sin evidencia de lesiones líticas o blásticas.

La lordosis fisiológica se observa conservada, en el plano coronal se observa alineación normal sin datos de desviaciones o escoliosis.

Cuerpos vertebrales con morfología y altura conservada, márgenes lisos, plataformas articulares muestran adecuada densidad.

Apófisis espinosas, transversas y pedículos de morfología habitual, adecuada amplitud del canal raquídeo.

Los espacios intervertebrales y agujeros de conjunción de morfología y amplitud normal.

Las articulaciones sacroilíacas son congruentes, superficies articulares de adecuada densidad.

#### CONCLUSIONES:

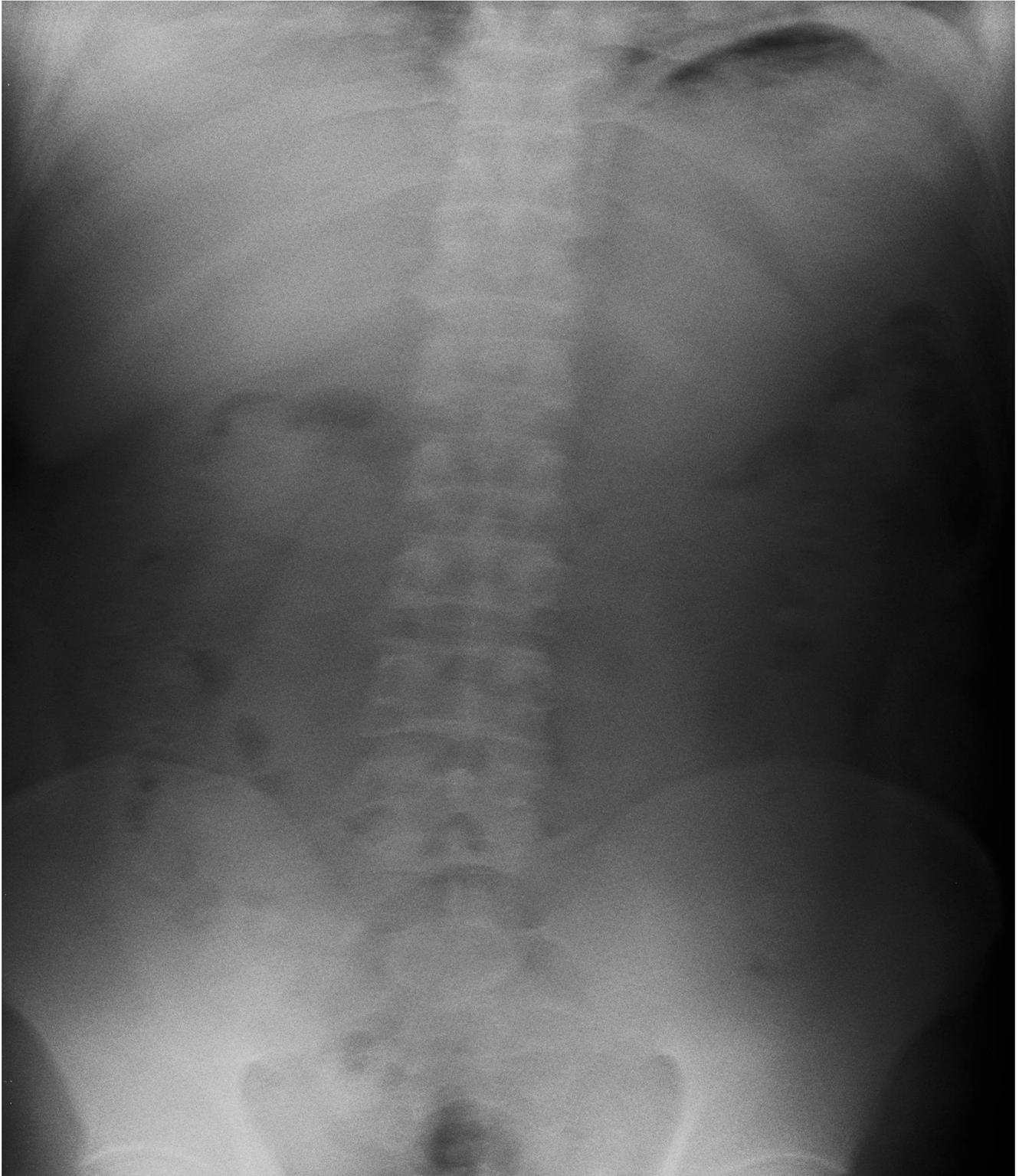
1. Estudio radiológico de columna lumbosacra de características normales.
2. Adecuada amplitud de los espacios intervertebrales y agujeros de conjunción.
3. Sin evidencia de listesis ni fracturas.
4. Tejidos blandos sin alteraciones.



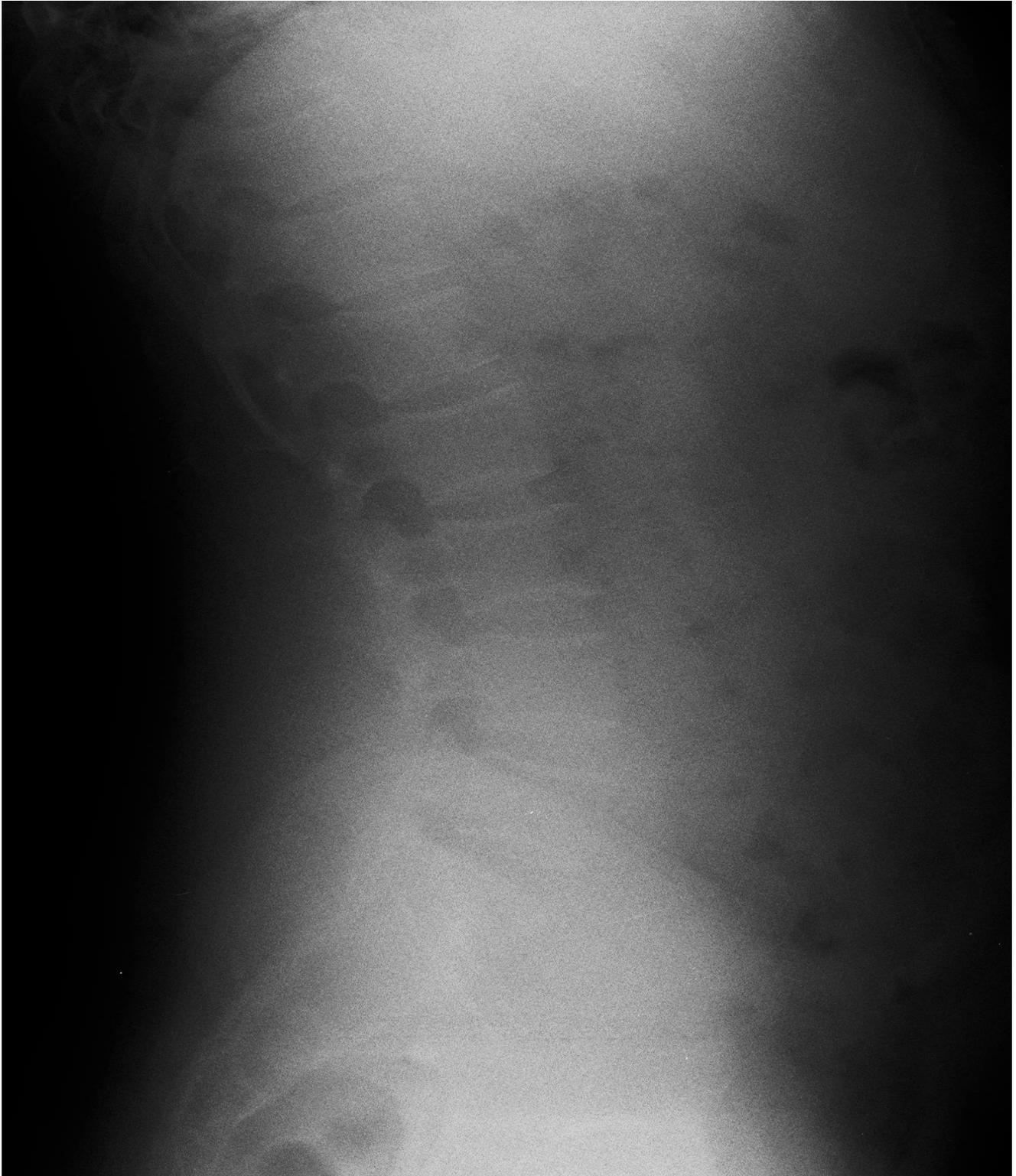
Atentamente:  
Dr. Jesús López Ruiz

Médico especialista en Radiología e Imagen.

AP COLUMNA LUMBAR



LAT COLUMNA LUMBAR



**DATOS DEL PACIENTE O EXAMINADO**

APELLIDOS: Ontiveros ceballos NOMBRE: Francisco Javier  
EMPRESA O INSTITUCION: AISAN TELEFONO: \_\_\_\_\_  
IDENTIFICACION: INE ( ) CREDENCIAL EMPRESA ( ) LICENCIA DE CONDUCIR ( )  
EDAD: 34 años FECHA DE NACIMIENTO: 10 sep 1988 SEXO: Masculino  
TIPO DE PRUEBA: INGRESO ( ) PERIODICA ( ) ALEATORIA ( ) REPETICION ( )

**TRATAMIENTO MEDICO**

ACTUALMENTE ESTA BAJO ALGUN TRATAMIENTO MEDICO? SI ( ) NO  (X)  
SI LA RESPUESTA ANTERIOR FUE POSITIVA, CUAL ES SU PADECIMIENTO? \_\_\_\_\_  
MEDICAMENTOS RECETADOS: \_\_\_\_\_  
CEDULA PROFESIONAL DEL MEDICO QUE EXPIDE LA RECETA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
A CONSUMIDO ALGUNA (S) DROGA (S): SI ( ) NO  (X) CUALES? \_\_\_\_\_  
EN LAS ULTIMAS 24 HRS, HA INGERIDO BEBIDAS ALCOHOLICAS? SI ( ) NO  (X) CANTIDAD: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION Y CERTIFICACION**

ACEPTO Y AUTORIZO CONFORME A LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO ART. 134, FRACC X Y 135 FRACC V Y/O REGLAMENTOS AL PERSONAL DE LABORATORIO LEBEN Y A LA EMPRESA O INSTITUCION A LA QUE PERTENEZCO PARA QUE ME SEA PRACTICADO EL EXAMEN TOXICOLOGICO ANTIDOPING, PROPORCIONANDO LA MUESTRA DE ORINA SOLICITADA BAJO LAS CONDICIONES QUE ASI ESTABLEZCAN PARA SU CORRECTO PROCESAMIENTO, ASI COMO A ENTREGAR LOS RESULTADOS DE LA(S) PRUEBA (S) A LA EMPRESA O INSTITUCION CITADA, ASI COMO TAMBIEN LIBERO DE TODA RESPONSABILIDAD A LABORATORIO LEBEN, A SU PERSONAL Y A LA EMPRESA O INSTITUCION A LA QUE PERTENEZCO POR EL HECHO DE PRACTICAR LAS PRUEBAS QUE SOLICITAN. BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD, DECLARO QUE HE RESPONDIDO A TODAS LAS PREGUNTAS CON APEGO A LA VERDAD Y QUE TODA LA INFORMACION AQUÍ PROPORCIONADA ES REAL Y VERIDICA . ASI MISMO CERTIFICO QUE EL VASO COLECTOR FUE ETIQUETADO EN MI PRESENCIA CON MIS DATOS.

**INFORMACION DEL ANALISIS**

FECHA DE RECOLECCION: \_\_\_\_\_ HORA DE RECOLECCION: \_\_\_\_\_  
FECHA DE CADUCIDAD : \_\_\_\_\_ REFERENCIA: \_\_\_\_\_ LOTE: \_\_\_\_\_  
HORA DE INICIO : \_\_\_\_\_ HORA DE LECTURA: \_\_\_\_\_ T° DE ORINA: \_\_\_\_\_

**PRUEBAS APLICADAS:**

(X) MARIHUANA       (X) COCAINA      ( ) BARBITURICOS      ( ) ANFETAMINAS  
 (X) METANFETAMINAS      ( ) BENZODIACEPINAS      ( ) OPIACEOS      ( ) ALCOHOL

**COMENTARIOS / OBSERVACIONES**

\_\_\_\_\_ Negativo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Francisco Javier Ontiveros Ceballos  
NOMBRE Y FIRMA DEL EXAMINADO

[Firma]  
FIRMA DE ENFERMERO O COLECTOR