

Fecha: 01/11/2022 Empresa: AISAN Puesto: CUENTAS POR COBRAR  
 Nombre: ARIANNA ITZEL PALACIOS GOMEZ Genero: Mujer  
 Edad: 35 Fecha de nacimiento: 16/08/1987  
 Domicilio: RAFAEL CEPEDA Numero: 380 Colonia: EL PASEO  
 Ciudad: SLP Estado: SLP Telefono: 4441227225  
 Estado Civil: SOLTERA Escolaridad: LICENCIATURA

Hijos	Genero	Edad	Sano	Observaciones
1	Hombre	13	SI	
2				
3				

### Antecedentes laborales

Antigüedad en la empresa: 4 Antigüedad en el puesto actual: 4  
 Actividad que realiza: ADMINISTRATIVAS  
 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 NINGUNO Otro: \_\_\_\_\_  
 A sufrido alguna enfermedad a causa del trabajo? NO Cual: \_\_\_\_\_

### Antecedentes Heredo-Familiares

	Vive	Edad	Sano	Padecimientos
Padre	SI	60	NO	DM2
Madre	SI	60	NO	HTA

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

Enfermedad	Parentesco	Descripcion
Cancer	NEG	
Diabetes	PADRE	
Hipertension	MADRE	
Cardiopatias	NEG	
Nefropatias	NEG	
Neurologias	NEG	
Neumopatias	NEG	
Otras	NEG	



Comentarios

Realiza algun tipo de ejercicio: SI Cual: CAMINATA

Frecuencia: 30MINS

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

Cual es su mano mas habil para trabajar: DERECHA

Peso: 65 kg      TA: 110/70 mmHg      FR: 16 x'  
Estatura: 1.66 m      FC: 66 x'      T: 36 C  
IMC: 23.5 Kg/m2      P. Abdominal: 87 cm      SpO2: 99 %

### 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

--

Diagnosticos

CLINICAMENTE SANA

Dra. Ilse Gabriela Acosta Puente

Nombre del medico

10531066

Cedula profesional

11393

REG SSA

Nombre: ARIANNA ITZEL PALACIOS GOMEZ  
 Médico: SIN ASIGNAR  
 Origen: AISAN  
 Sexo: F Edad: 35 AÑOS

Num Folio: 221101018  
 Fecha Cita: 01/11/2022  
 Fecha Imp: 11/11/2022 16:20



Certificado de autenticidad

HOJA DE RESULTADOS

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

AISAN NOV

BIOMETRIA HEMATICA

>>FORMULA ROJA

> Eritrocitos	4.14	X10 <sup>6</sup> /uL	4.00 - 5.50
> Hemoglobina	13.20	g/dL	12.00 - 15.50
> Hematocrito	39.80	%	36.00 - 45.00
> Volumen Corpuscular Medio (VCM)	96.00	fL	78.00 - 103.00
> Concentracion Media de Hemoglobina (MCH)	32.00	pg	27.00 - 34.00
> Concentracion Hemoglobina Corpuscular Media (MCHC)	33.30	g/dL	31.00 - 36.00
> Indice de Distribucion de Eritrocitos (RDW)	<b>* 11.10</b>	%	11.50 - 15.00

>>FORMULA BLANCA

> Leucocitos Totales	7.00	X10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	4.50 - 11.00
> Linfocitos (%)	32.00	%	20.00 - 40.00
> Monocitos %	5.00	%	2.00 - 8.00
> Neutrofilos Segmentados %	63.00	%	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	282.00	X10 <sup>3</sup> /uL	150.00 - 450.00
> Volumen Plaquetario Medio (VPM)	8.20	fL	7.40 - 11.00
> INDICE DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA (IDP)	<b>* 17.70</b>	%	11.00 - 15.00

Método: Impedancia Electrica

QUIMICA SANGUINEA (4 ELEMENTOS)

> GLUCOSA	75.00	mg/dL	70.00 - 110.00
> UREA	27.00	mg/dL	19.00 - 43.00
> NITROGENO UREICO (BUN)	12.60	mg/dL	7.00 - 20.00
> CREATININA	0.90	mg/dL	0.60 - 1.20
> ACIDO URICO	2.80	mg/dL	2.40 - 6.00

EXAMEN GENERAL DE ORINA

>>EXAMEN MACROSCOPICO

> Color	AMARILLO PAJA	.
> Aspecto	CLARO	.

>>EXAMEN QUIMICO



Responsable del Laboratorio: **QFB. Norma Angélica García Ramos**

Cédula Profesional: **3693935**

**Nombre:** ARIANNA ITZEL PALACIOS GOMEZ  
**Médico:** SIN ASIGNAR  
**Origen:** AISAN  
**Sexo:** F **Edad:** 35 AÑOS

**Num Folio:** 221101018  
**Fecha Cita:** 01/11/2022  
**Fecha Imp:** 11/11/2022 16:20



Certificado de autenticidad

**HOJA DE RESULTADOS**

Examen	Resultado	Unidad	Referencia
> Densidad	1.005		1.015 - 1.030
> pH	6.50		4.50 - 8.00
> Glucosa	NEGATIVO		Negativo
> Proteínas	NEGATIVO		Negativo
> Sangre	NEGATIVO		Negativo
> Bilirrubina	NEGATIVO		Negativo
> Cetonas	NEGATIVO		Negativo
> Urobilinogeno	0.20	mg/dL	0.20 - 2.00
> LEUCOCITOS	NEGATIVO		Negativo
> Nitritos	NEGATIVO		Negativo
<b>Método:</b> Microscopia			
<b>&gt;&gt; SEDIMENTOS (Microscopia)</b>			
Bacterias	Muy Escasas		
Células Epiteliales	Escasas		
Cristales de Urato Amorfo	Escasas		
Leucocitos	0-1/CAMPO		

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

> Cocaína	NEGATIVO		Negativo
> Marihuana	NEGATIVO		Negativo
> Metanfetaminas	NEGATIVO		NEGATIVO
<b>Método:</b> Inmunocromatografía			



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

**PACIENTE:** ARIANNA ITZEL PALACIOS GÓMEZ  
**EDAD:** 35 AÑOS  
**SEXO:** FEMENINO  
**MÉDICO:** A QUIEN CORRESPONDA  
**FECHA:** 4 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:

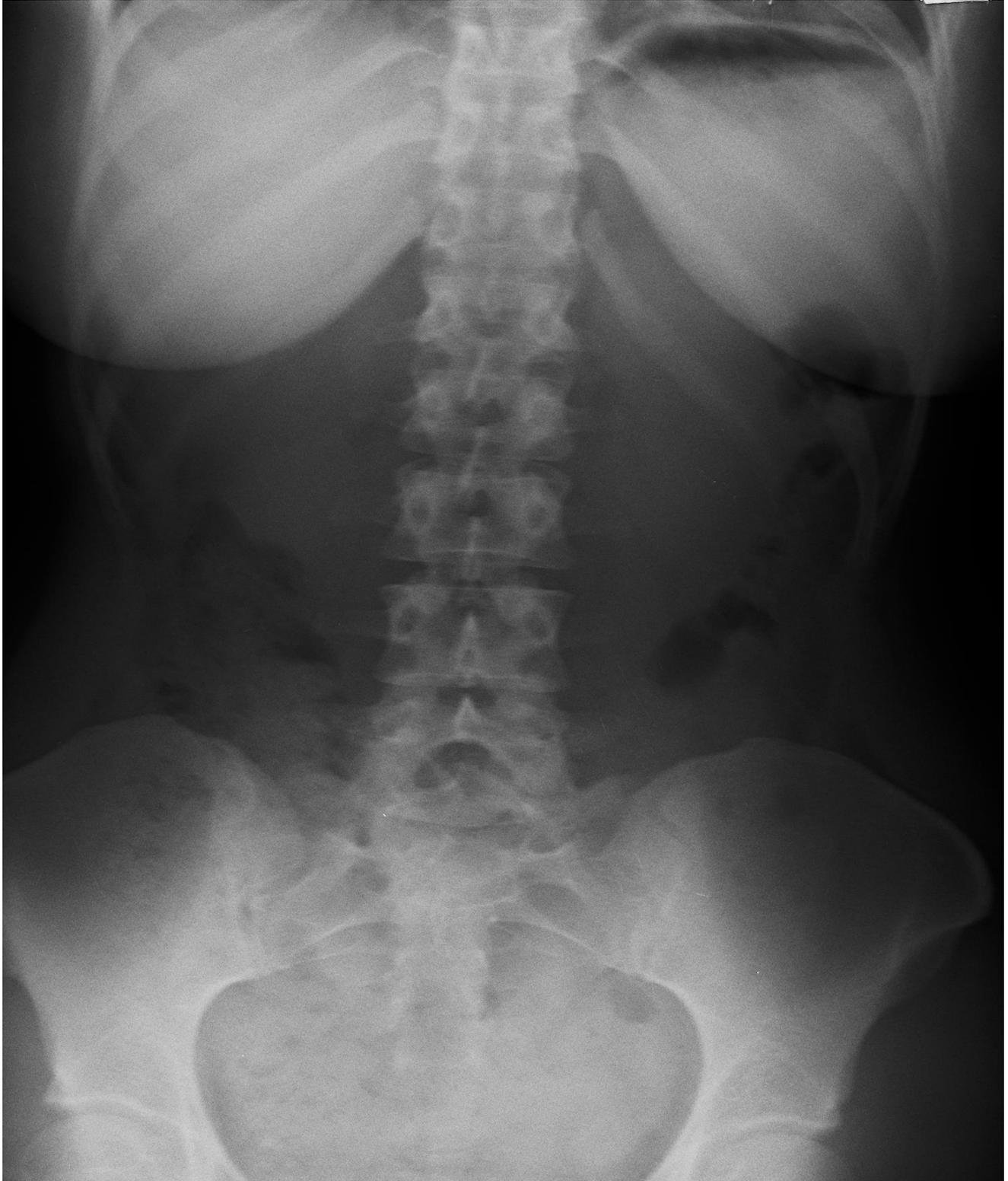
1. Estudio radiológico de columna lumbosacra de características normales.
2. Adecuada amplitud de los espacios intervertebrales y agujeros de conjunción.
3. Sin evidencia de listesis ni fracturas.
4. Tejidos blandos sin alteraciones.



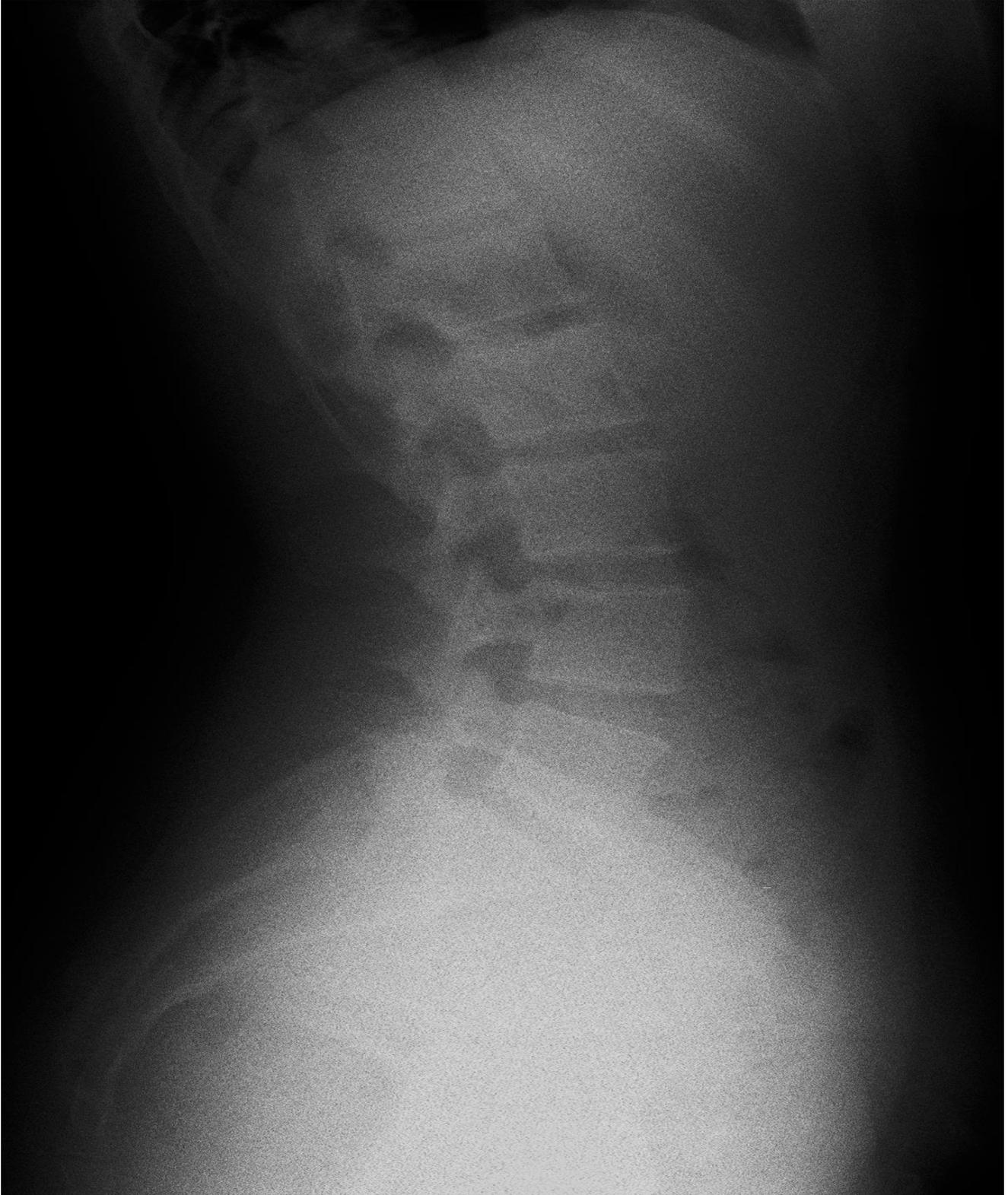
Atentamente:  
Dr. Jesús López Ruiz

Médico especialista en Radiología e Imagen.

AP COLUMNNA LUMBAR



LAT COLUMNA LUMBAR



**DATOS DEL PACIENTE O EXAMINADO**

APELLIDOS: Palacios Gomez NOMBRE: Arianna Hzel.  
 EMPRESA O INSTITUCION: ASAN. TELEFONO: \_\_\_\_\_  
 IDENTIFICACION: INE ( ) CREDENCIAL EMPRESA ( ) LICENCIA DE CONDUCIR ( )  
 EDAD: 35 años. FECHA DE NACIMIENTO: 16 agosto 1989 SEXO: Femenino  
 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? Hea / diabetes. (Metformina)  
 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 PERTENECO 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 PERTENECO 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 AQUI 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.

Arianna Hzel Palacios Gomez  
NOMBRE Y FIRMA DEL EXAMINADO

[Firma]  
FIRMA DE ENFERMERO O COLECTOR

QFB NORMA ANGELICA GARCIA RAMOS CEDULA PROFESIONAL: 3693935