

Fecha: 07/11/2022 Empresa: AISAN Puesto: INGENIERO  
 Nombre: MIGUEL ANGEL PEREZ GARCIA Genero: Hombre  
 Edad: 29 Fecha de nacimiento: 17/12/1992  
 Domicilio: MANUEL J CLOUTHIER Numero: 150 Colonia: VIVEROS  
 Ciudad: SLP Estado: SLP Telefono: 4444902184  
 Estado Civil: SOLTERO Escolaridad: INGENIERIA

Hijos	Genero	Edad	Sano	Observaciones
1				
2				
3				

### Antecedentes laborales

Antigüedad en la empresa: 6 AÑOS Antigüedad en el puesto actual: 3 AÑOS  
 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: NEG Agacharse continuamente: NO  
 Quimicos especifique: NEG levantar brazos por encima de los hombros: NO  
 Que tipo de proteccion personal utiliza UNIFORME Otro: LENTES, GORRA Y ZAPATOS  
 A sufrido alguna enfermedad a causa del trabajo? NO Cual: \_\_\_\_\_

### Antecedentes Heredo-Familiares

	Vive	Edad	Sano	Padecimientos
Padre	SI	62	SI	
Madre	SI	61	SI	

Numero de hermanos: 1 Vivos 1 Sanos: SI Finados \_\_\_\_\_

Enfermedad	Parentesco	Descripcion
Cancer	ABUELO PAT	CA PROSTATA
Diabetes	TIA PATERNA	
Hipertension	NEG	
Cardiopatias	ABUELA MATERNA	
Nefropatias	NEG	
Neurologias	NEG	
Neumopatias	NEG	
Otras	NEG	

### Antecedentes personales

Enfermedad	Resultado	Descripcion / Observaciones			
Cronico-degenerativo	NEGATIVO				
Traumaticos	NEGATIVO				
Quirurgicos	POSITIVO	AMIGDALECTOMIA A LOS 2 AÑOS			
Alergicos	POSITIVO	PENICILINA			
Transfucionales	NEGATIVO	Fecha		Tipo y RH	A POSITIVO
Tabaquismo	NEGATIVO	Cigarros al dia		Durante:	
Alcoholismo	POSITIVO	Frecuencia	Q		
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

RINITIS ALERGICA

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: 79 kg TA: 110/83 mmHg FR: 16 x'  
Estatura: 1.73 m FC: 74 x' T: 36 C  
IMC: 26 Kg/m2 P. Abdominal: 94 cm SpO2: 98 %

### 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

RINITIS ALERGICA

Dra. Ilse Gabriela Acosta Puente

Nombre del medico

10531066

Cedula profesional

11393

REG SSA

Nombre: MIGUEL ANGEL PEREZ GARCIA  
Médico: SIN ASIGNAR  
Origen: AISAN  
Sexo: M Edad: 29 AÑOS

Num Folio: 221107007  
Fecha Cita: 07/11/2022  
Fecha Imp: 18/11/2022 14:17



Certificado de autenticidad

HOJA DE RESULTADOS

Examen	Resultado	Unidad	Referencia
<b>AISAN NOV</b>			
<b>BIOMETRIA HEMATICA</b>			
<b>&gt;&gt;FORMULA ROJA</b>			
> Eritrocitos	5.47	X10 <sup>6</sup> /uL	4.50 - 6.00
> Hemoglobina	16.60	g/dL	14.00 - 17.50
> Hematocrito	49.60	%	42.00 - 50.00
> Volumen Corpuscular Medio (VCM)	91.00	fL	80.00 - 100.00
> Concentracion Media de Hemoglobina (MCH)	30.30	pg	27.00 - 34.00
> Concentracion Hemoglobina Corpuscular Media (MCHC)	33.40	g/dL	31.00 - 36.00
> Indice de Distribucion de Eritrocitos (RDW)	<b>* 11.30</b>	%	11.50 - 15.00
<b>&gt;&gt;FORMULA BLANCA</b>			
> Leucocitos Totales	5.90	X10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	4.50 - 11.00
> Linfocitos (%)	29.00	%	20.00 - 40.00
> Monocitos %	5.00	%	2.00 - 8.00
> Neutrofilos Segmentados %	66.00	%	40.00 - 69.00
> Neutrofilos en banda %	0.00	%	0.00 - 1.00
> Eosinofilos %	0.20	%	0.00 - 5.00
> Basofilos %	0.00	%	0.00 - 2.00
<b>&gt;&gt;PLAQUETAS</b>			
> Plaquetas	207.00	X10 <sup>3</sup> /uL	150.00 - 450.00
> Volumen Plaquetario Medio (VPM)	8.30	fL	7.40 - 11.00
> INDICE DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA (IDP)	<b>* 17.90</b>	%	11.00 - 15.00

Método: Impedancia Electrica

**QUIMICA SANGUINEA (4 ELEMENTOS)**

> GLUCOSA	84.40	mg/dL	70.00 - 110.00
> UREA	22.50	mg/dL	19.00 - 43.00
> NITROGENO UREICO (BUN)	10.70	mg/dL	7.00 - 20.00
> CREATININA	1.20	mg/dL	0.60 - 1.20
> ACIDO URICO	6.20	mg/dL	3.40 - 7.00

**EXAMEN GENERAL DE ORINA**

<b>&gt;&gt;EXAMEN MACROSCOPICO</b>			
> Color	AMARILLO		.
> Aspecto	LIG. TURBIO		.
<b>&gt;&gt;EXAMEN QUIMICO</b>			



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

**Nombre:** MIGUEL ANGEL PEREZ GARCIA  
**Médico:** SIN ASIGNAR  
**Origen:** AISAN  
**Sexo:** M **Edad:** 29 AÑOS

**Num Folio:** 221107007  
**Fecha Cita:** 07/11/2022  
**Fecha Imp:** 18/11/2022 14:17



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	HUELLAS		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		
Filamento Mucoide	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:** MIGUEL ÁNGEL PÉREZ GARCÍA  
**EDAD:** 29 AÑOS  
**SEXO:** MASCULINO  
**MÉDICO:** A QUIEN CORRESPONDA  
**FECHA:** 18 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 normal, en el plano coronal muestra adecuada alineación.

Cuerpos vertebrales muestran forma normal, altura conservada, plataformas articulares con adecuada densidad.

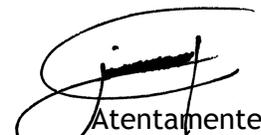
Apófisis espinosas, transversas y pedículos de morfología habitual, adecuada amplitud del canal raquídeo.

Los espacios intervertebrales y agujeros de conjunción presentan morfología y amplitud conservados.

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

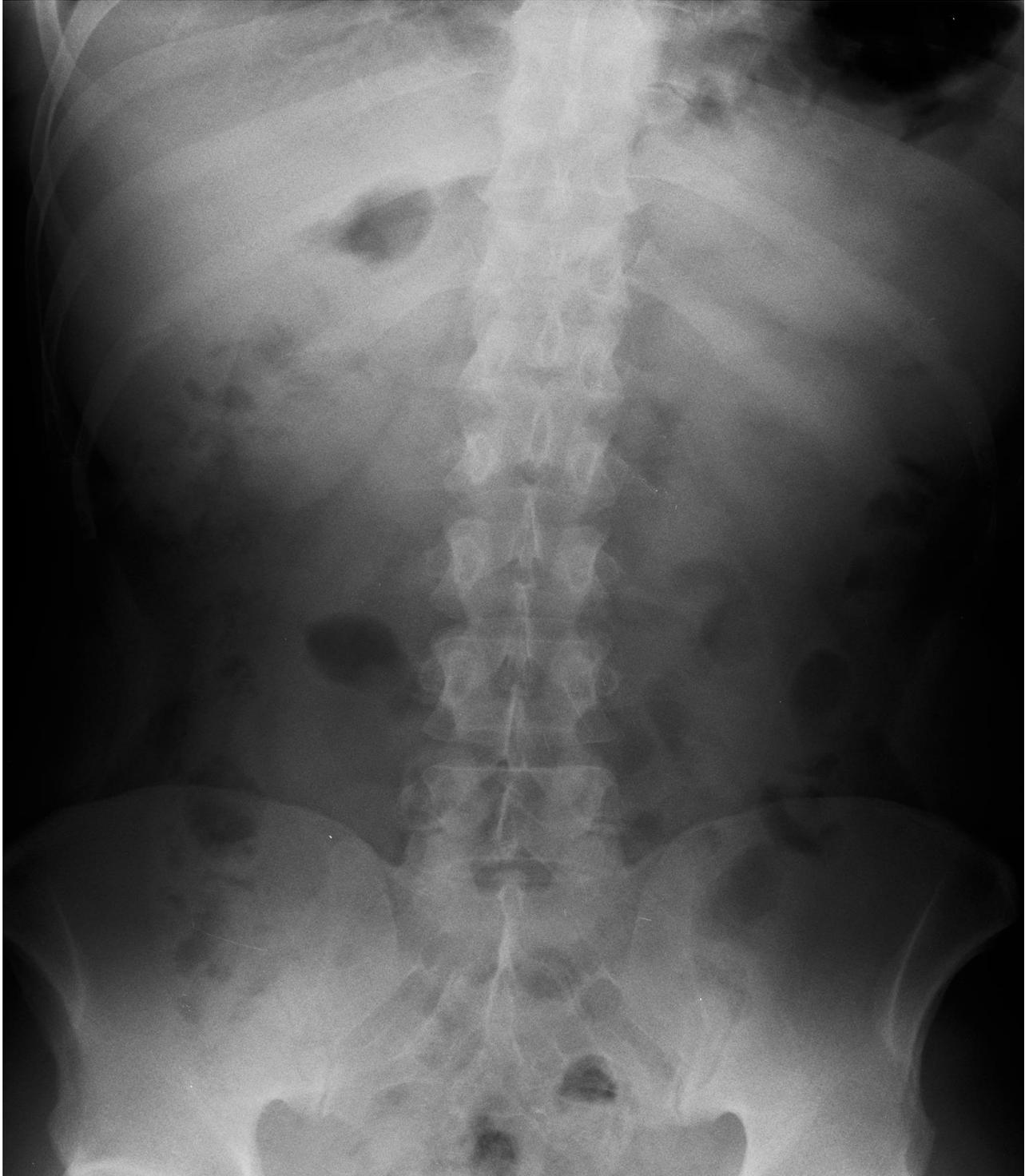
#### CONCLUSIONES:

1. Estudio radiológico de columna lumbosacra sin alteraciones.
2. Espacios intervertebrales y agujeros de conjunción de amplitud conservada.
3. Sin evidencia de fracturas ni listesis.
4. Tejidos blandos sin alteraciones.

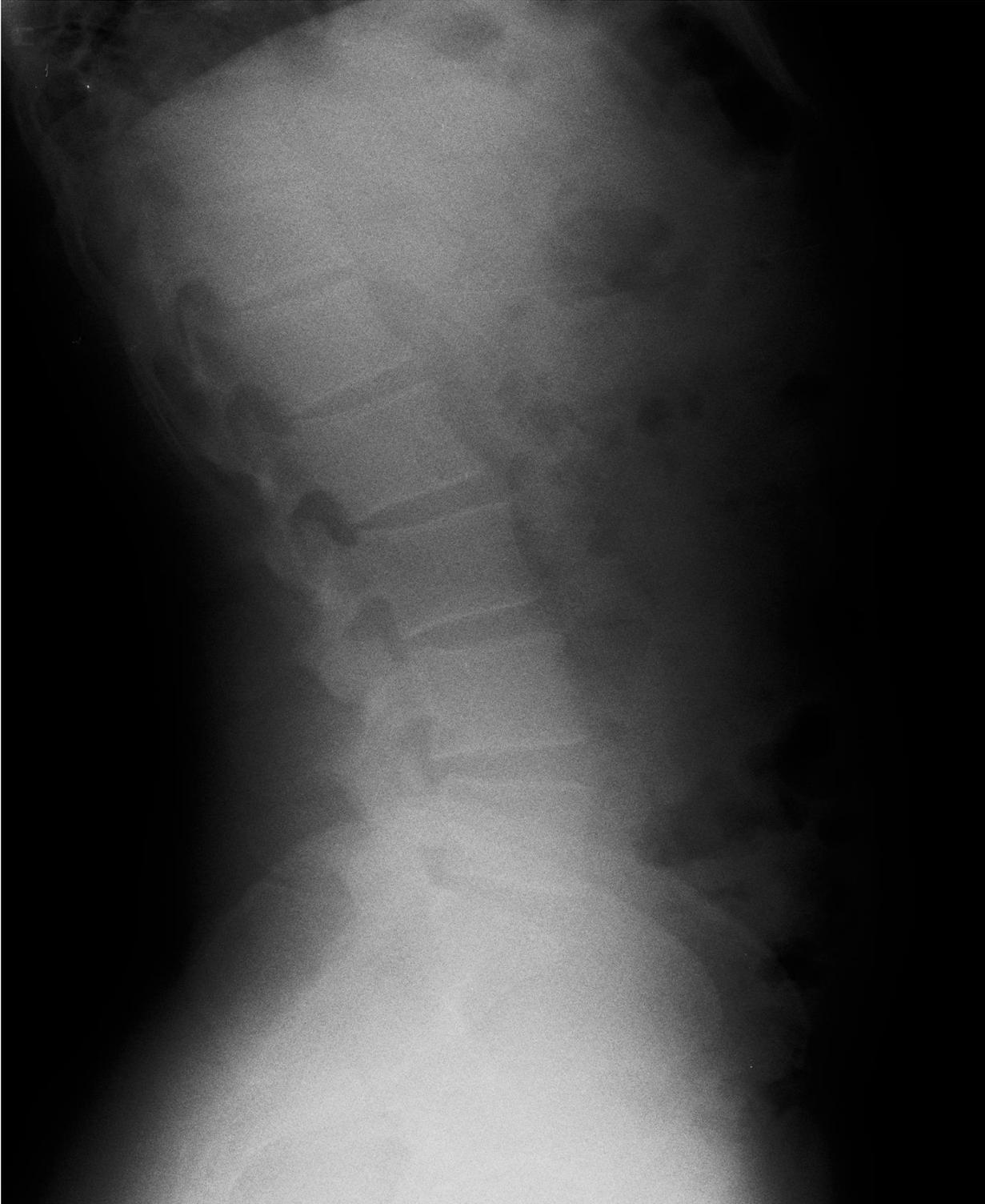


Atentamente:  
Dr. Jesús López Ruiz  
Médico especialista en Radiología e Imagen.

AP COLUMNAR LUMBAR



LAT COLUMNA LUMBAR



**DATOS DEL PACIENTE O EXAMINADO**

APELLIDOS: Perez Garcia NOMBRE: Miguel Angel  
EMPRESA O INSTITUCION: Alsan TELEFONO: \_\_\_\_\_  
IDENTIFICACION: INE ( ) CREDENCIAL EMPRESA ( ) LICENCIA DE CONDUCIR ( )  
EDAD: 29. FECHA DE NACIMIENTO: 17-12-92. SEXO: Masculino  
TIPO DE PRUEBA: INGRESO ( ) PERIODICA  ALEATORIA ( ) REPETICION ( )

**TRATAMIENTO MEDICO**

ACTUALMENTE ESTA BAJO ALGUN TRATAMIENTO MEDICO ? SI ( ) NO   
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  CUALES ? \_\_\_\_\_  
EN LAS ULTIMAS 24 HRS, HA INGERIDO BEBIDAS ALCOHOLICAS? SI ( ) NO  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 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:**

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

**COMENTARIOS / OBSERVACIONES**

\_\_\_\_\_ Negativo. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Perez  
NOMBRE Y FIRMA DEL EXAMINADO

[Firma]  
FIRMA DE ENFERMERO O COLECTOR

QFB NORMA ANGELICA GARCIA RAMOS CEDULA PROFESIONAL: 3693935