

Antecedentes personales

Enfermedad	Resultado	Descripcion / Observaciones			
Cronico-degenerativo	NEGATIVO				
Traumaticos	NEGATIVO				
Quirurgicos	NEGATIVO				
Alergicos	NEGATIVO				
Transfucionales	NEGATIVO	Fecha		Tipo y RH	
Tabaquismo	POSITIVO	Cigarros al dia	IRREGULAR	Durante:	
Alcoholismo	POSITIVO	Frecuencia		S	
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: SI Cual: GIMNASIO

Frecuencia: 5 POR SEMANA

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

Cual es su mano mas habil para trabajar: DERECHA

Peso:	<u>74</u>	kg	TA:	<u>113/76</u>	mmHg	FR:	<u>16</u>	x'
Estatura:	<u>1.79</u>	m	FC:	<u>75</u>	x'	T:	<u>36</u>	C
IMC:	<u>23</u>	Kg/m2	P. Abdominal:	<u>86</u>	cm	SpO2:	<u>99</u>	%

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

Abdomen	
Inspeccion	NORMAL
Palpacion	NORMAL
Peristalismo	NORMAL
Tono muscular	NORMAL
Cicatriz Umbilical	NORMAL
Viceromegalias	NEGATIVO
Tumuraciones	NEGATIVO

Torax	
Amplexion	NORMAL
Amplexacion	NORMAL
Ruidos cardiacos	NORMAL
Ruidos respiratorios	NORMAL

Piel			
Coloracion	NORMAL	Tatuajes	NORMAL
Lesiones	NORMAL	Cicatrices	NORMAL

Miembro superior izquierdo	
Integridad	NORMAL
Trofismo	NORMAL
Arcos movilidad	NORMAL
Puntos dolorosos	NEGATIVO
Pulsos	NORMAL
Fuerza	NORMAL
Quistes	NEGATIVO
Deformidad	NEGATIVO
Amputaciones	NEGATIVO

Miembro superior derecho	
Integridad	NORMAL
Trofismo	NORMAL
Arcos movilidad	NORMAL
Puntos dolorosos	NEGATIVO
Pulsos	NORMAL
Fuerza	NORMAL
Quistes	NEGATIVO
Deformidad	NEGATIVO
Amputaciones	NEGATIVO

Miembro inferior izquierdo	
Integridad	NORMAL
Trofismo	NORMAL
Arcos movilidad	NORMAL
Puntos dolorosos	NEGATIVO
Pulsos	NORMAL
Fuerza	NORMAL
Deformidad	NEGATIVO
Amputaciones	NEGATIVO
Hongos	NEGATIVO

Miembro inferior derecho	
Integridad	NORMAL
Trofismo	NORMAL
Arcos movilidad	NORMAL
Puntos dolorosos	NEGATIVO
Pulsos	NORMAL
Fuerza	NORMAL
Deformidad	NEGATIVO
Amputaciones	NEGATIVO
Hongos	NEGATIVO

Descripcion de Hallazgos

OI 20/40 OD 20/50

Diagnosticos

AMETROPIA NO CORREGIDA

Dra. Ilse Gabriela Acosta Puente

Nombre del medico

10531066

Cedula profesional

11393

REG SSA

Nombre: MARCO ANTONIO ALFARO SANTILLAN
 Médico: SIN ASIGNAR
 Origen: AISAN
 Sexo: M Edad: 29 AÑOS

Num Folio: 221108014
 Fecha Cita: 08/11/2022
 Fecha Imp: 11/11/2022 09:46



Certificado de autenticidad

HOJA DE RESULTADOS

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

AISAN NOV

BIOMETRIA HEMATICA

>>FORMULA ROJA

> Eritrocitos	5.04	X10 ⁶ /uL	4.50 - 6.00
> Hemoglobina	16.40	g/dL	14.00 - 17.50
> Hematocrito	48.70	%	42.00 - 50.00
> Volumen Corpuscular Medio (VCM)	97.00	fL	80.00 - 100.00
> Concentracion Media de Hemoglobina (MCH)	32.50	pg	27.00 - 34.00
> Concentracion Hemoglobina Corpuscular Media (MCHC)	33.60	g/dL	31.00 - 36.00
> Indice de Distribucion de Eritrocitos (RDW)	* 11.30	%	11.50 - 15.00

>>FORMULA BLANCA

> Leucocitos Totales	5.10	X10 ³ /mm ³	4.50 - 11.00
> Linfocitos (%)	22.00	%	20.00 - 40.00
> Monocitos %	3.00	%	2.00 - 8.00
> Neutrofilos Segmentados %	* 74.00	%	40.00 - 69.00
> Neutrofilos en banda %	0.00	%	0.00 - 1.00
> Eosinofilos %	1.00	%	0.00 - 5.00
> Basofilos %	0.00	%	0.00 - 2.00

>>PLAQUETAS

> Plaquetas	216.00	X10 ³ /uL	150.00 - 450.00
> Volumen Plaquetario Medio (VPM)	* 7.30	fL	7.40 - 11.00
> INDICE DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA (IDP)	* 15.80	%	11.00 - 15.00

Método: Impedancia Electrica

QUIMICA SANGUINEA (4 ELEMENTOS)

> GLUCOSA	88.40	mg/dL	70.00 - 110.00
> UREA	19.40	mg/dL	19.00 - 43.00
> NITROGENO UREICO (BUN)	8.80	mg/dL	7.00 - 20.00
> CREATININA	* 1.30	mg/dL	0.60 - 1.20
> ACIDO URICO	5.50	mg/dL	3.40 - 7.00

EXAMEN GENERAL DE ORINA

>>EXAMEN MACROSCOPICO

> Color	AMARILLO PAJA	.
> Aspecto	CLARO	.

>>EXAMEN QUIMICO



Responsable del Laboratorio: QFB. Norma Angélica García Ramos

Cédula Profesional: 3693935

Los estudios de laboratorio son pruebas biológicas y están expuestas por diversos factores: alimentación, ocupación, horario, ejercicio, medicamentos, etc. Para una adecuada interpretación deben evaluarse junto con la información clínica por lo que debe consultar con su médico

Nombre: MARCO ANTONIO ALFARO SANTILLAN
Médico: SIN ASIGNAR
Origen: AISAN
Sexo: M **Edad:** 29 AÑOS

Num Folio: 221108014
Fecha Cita: 08/11/2022
Fecha Imp: 11/11/2022 09:46



Certificado de autenticidad

HOJA DE RESULTADOS

Examen	Resultado	Unidad	Referencia
> Densidad	1.005		1.015 - 1.030
> pH	7.50		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	HUELLAS		Negativo
> Nitritos	NEGATIVO		Negativo
Método: Microscopia			
>> SEDIMENTOS (Microscopia)			
Bacterias	Muy Escasas		
Eritrocitos	0-1/CAMPO		
Leucocitos	1-2/CAMPO		

ANTIDOPING 3 (COCAINA, MARIHUANA, METANFETAMINA)

> Cocaína	NEGATIVO	Negativo
> Marihuana	NEGATIVO	Negativo
> Metanfetaminas	NEGATIVO	NEGATIVO
Método: Inmunocromatografía		



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

Cédula Profesional: **3693935**

Los estudios de laboratorio son pruebas biológicas y están expuestas por diversos factores: alimentación, ocupación, horario, ejercicio, medicamentos, etc. Para una adecuada interpretación deben evaluarse junto con la información clínica por lo que debe consultar con su médico



MLAB-005- EXAMEN TOXICOLOGICO ANTIDOPING
FORMULARIO DE CADENA DE CUSTODIA

DATOS DEL PACIENTE O EXAMINADO

APELLIDOS: Alfaro Santillán NOMBRE: Maxco Antonio
EMPRESA O INSTITUCION: _____ TELEFONO: 4445193888
IDENTIFICACION: _____ INE (X) CREDENCIAL EMPRESA () LICENCIA DE CONDUCIR ()
EDAD: 29 FECHA DE NACIMIENTO: 16/03/1993 SEXO: _____
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 (X) NO () CANTIDAD: 1 Cerveza

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:

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

COMENTARIOS / OBSERVACIONES

Negativo.

Maxco Antonio Alfaro Santillán
NOMBRE Y FIRMA DEL EXAMINADO

QFB
FIRMA DE ENFERMERO O COLECTOR

QFB NORMA ANGELICA GARCIA RAMOS CEDULA PROFESIONAL: 3693935

Leben Laboratorio Sucursal Industrias Dalias #607 Col: Industrias San Luis Potosí, S.L.P, Tel: 4445734076