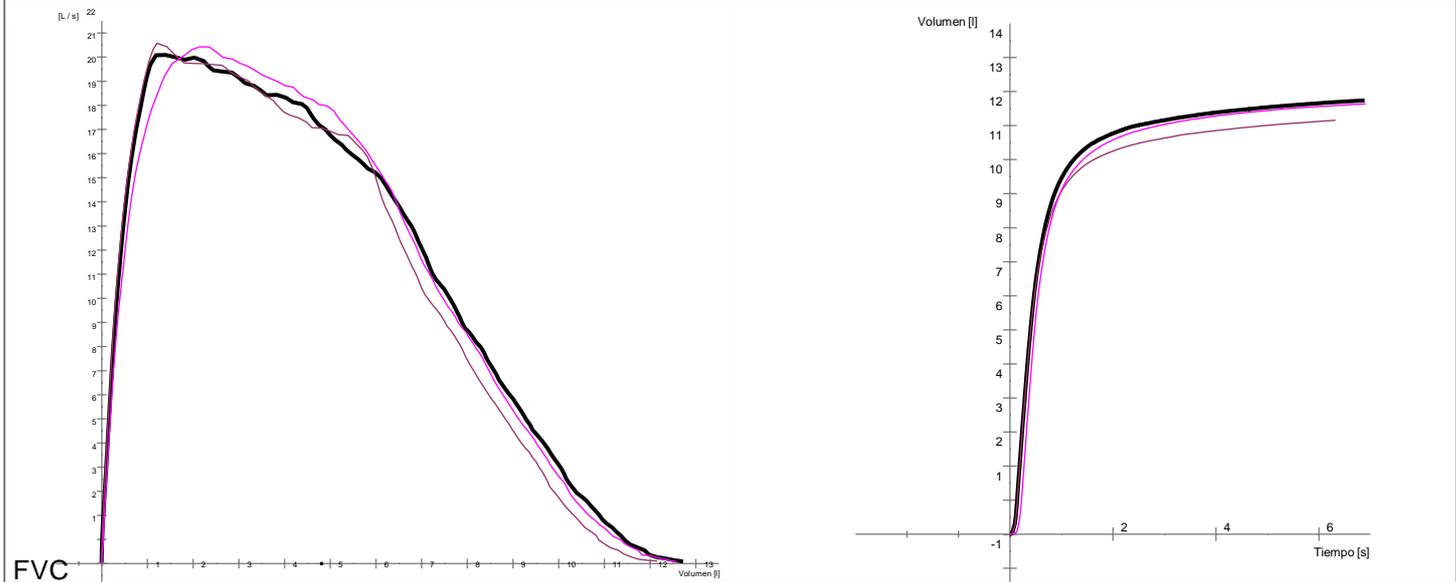




BTL-08 Spiro
CRUZ MARTINEZ JULIO CESAR
 Fecha del Examen: 30/06/2023 08:57 a. m.
 Identificación del paciente.:
Espirometría forzada (FVC)

Médico:LEBEN
 Certificado a: LEBEN
 DIAGNOSTICOS 

Sexo: Masculino Fecha de nacimiento: 04/04/1992 (31.2 Años) Tipo: Mexicano
 Peso: 80 kg Altura: 168 cm Fumador: 2 cigarrillos / día



fecha / hora				30/06/2023 08:57 a. m. PRE		30/06/2023 08:57 a. m. PRE		30/06/2023 08:57 a. m. PRE	
medicamento									
parámetro	unidad	Pred	LLN	Medida	% Pred	Medida	% Pred	Medida	% Pred
FVC									
FVC	l	4.81	4.00	12.74	105	12.16	103	12.64	103
FEV1	l	3.98	3.29	10.69	109	10.29	109	10.58	106
PEF	l/s	9.51	7.14	21.15	122	21.70	128	21.44	125
FEV1/FVC	%	83.20	74.10	83.96	101	84.63	102	83.68	101
MMEF	l/s	4.27	2.73	12.18	185	12.11	184	12.17	185
MEF75	l/s	-	-	19.92	-	20.18	-	20.68	-
MEF50	l/s	-	-	15.31	-	15.73	-	15.64	-
MEF25	l/s	-	-	5.32	-	5.22	-	5.16	-
FIVC	l	-	-	0.03	-	0.01	-	0.02	-
Aex	l ² /s	-	-	153.59	-	147.31	-	152.38	-

Interpretación ATS: espirometría normal
 Predicción: NHANES III 1999. Examinado de acuerdo con las recomendaciones ATS/ERS 2005.
 En la repetición: +FVC +FEV1 -ACC3, Aceptabilidad: +EV 0.278l +TEX 6.9s -Plateau
VALORES ESPIROMETRICOS DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
 L.E. ELIANETH BALLEZA
 CED PROF: 12260227
 CERTIFICADO NIOSH 4398

Calibración: 27/06/2023 / 003000036972 Firma:
 ATP: 25/810/61 [°C/mbar/%]
 BTL CardioPoint 2.33.163.0 | FW: 104 | SpiroDiag:... 9 16 12 26

Impreso: 30/06/2023
 Copyright © BTL Industries Ltd. 2017
 Licenciado a:LEBEN DIAGNOSTICOS



MLAB-002- CUESTIONARIO RESPIRATORIO

Favor de contestar las siguientes preguntas.

Nombre completo: JULIO CESAR CRUZ MARTINEZ

Edad: 31 AÑOS

Fecha de nacimiento: 04/04/1992

Sexo: MASCULINO

Empresa : BYLSA

Puesto: AYUDANTE

Area:

Antigüedad:

Tipo de evaluacion: Ingreso (X)
Periodica ()

Peso : 82 KG

Estatura: 1. 70 M

Hora de su ultimo alimento: 19:00 HRS

El dia de hoy consumo café? Si () NO (X)

Realizo alguna actividad fisica intensa en la ultima hora? Si () NO (X)

Marque con una X los agentes de exposicion que existen en su trabajo o actividades y especifique el nombre o tipo de agente.

Polvos (X)

Vapores ()

Humos ()

Quimicos ()

Ninguno ()

Utiliza algun tipo de proteccion respiratoria:

Si (X) NO ()

Cual: MASCARILLA

Lo utiliza durante todo el tiempo que esta expuesto ?

Si (X) NO ()

Tiene dificultad para desempeñar su trabajo mientras utiliza su equipo de proteccion?

Si () NO (X)

Si su respuesta es **SI** especifique

Porque? _____

Usted Fuma ? Si () NO (X)

Cuantos cigarrillos al dia ?

Cuantos años lleva fumando ?

Fumo en las ultimas 3 horas

Si () NO (X)

De la siguiente lista de enfermedades o condiciones de salud, indique si padecio o padece actualmente alguna.

Presion alta o baja

Si () NO (X)

Diabetes

Si () NO (X)

Problemas del corazon

Si () NO (X)

Infarto

Si () NO (X)

Enfermedades pulmonares

Si () NO (X)

Rinitis

Si () NO (X)

Convulsiones

Si () NO (X)

Sinusitis

Si () NO (X)

Sensacion de falta de aire

Si () NO (X)

Tos frecuente

Si () NO (X)

Gripe en las ultimas 3 semanas

Si () NO (X)

Opresion en el pecho

Si () NO (X)

Se sometio a alguna cirugia en los ultimos 6 meses

Si () NO (X)

Ha estado hospitalizado los ultimos 3 meses

Si () NO (X)

Utiliza algun medicamento Broncodilatador (pulmones)

Si () NO (X)

Ultima dosis: _____

Observaciones: _____

LE ELI BALLEZA
Tecnico o evaluador