|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS GENERALES** | | |
| **{%image}** | **Nombre del Trabajador:** | **{nombre}** |
| **Puesto:** | **{puesto}** |
| **Fecha de Ingreso:** | **{fechaIngreso}** |
| **Lugar de Nacimiento:** | **{lugarNacimiento}** |
| **Fecha de Nacimiento:** | **{fechaNacimiento}** |
| **CURP:** | **{curp}** |
| **RFC:** | **{rfc}** |
| **Género:** | **{genero}** |
| **Estado Civil:** | **{estadoCivil}** |
| **Número de Seguridad Social (NSS):** | **{nss}** |
| **Licencia de Conducir (Tipo y Folio):** | **{licencia}** |
| **Cartilla Militar (Folio):** | **{cartillaMilitar}** |
| **Libreta de Mar (Folio):** | **{libretaMar}** |
| **Domicilio:** | **{calle}** |
| **Colonia:** | **{colonia}** |
| **C.P.** | **{cp}** |
| **Estado:** | **{estado}** |
| **Teléfono móvil/particular:** | **{celular}** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANÁLISIS CLÍNICO** | | | |
| Tipo de Sangre: | {tipoSangre} | Tatuajes: | {tatuajes} |
| Enfermedades crónicas: | {enfCronicas} | Perforaciones: | {perforaciones} |
| Medicamento que toma: | {medicamento} | Complexión: | {complexion} |
| Es donador de órganos: | {donadorOrg} | Color de ojos: | {colorOjos} |
| Edad: | {edad} | Color de cabello: | {colorCabello} |
| Peso: | {peso} | Usa lentes | {usaLentes} |
| Estatura: | {estatura} | Fuma | {fuma} |
| Es alérgico a algún medicamento: | {alergiamed} | ¿Cuál? |  |
| Alergias: {alergias} | | Toma alcohol | {tomaAlcohol} |

|  |  |
| --- | --- |
| **CONTACTO DE EMERGENCIAS** | |
| **Notificar a:** | {contactoEmergencia} |
| **Parentesco:** | {parentescoCE} |
| **Número telefónico:** | {telefonoCE} |
| **BENEFICIARIO** | |
| **Nombre:** | {contactoBeneficiario} |
| **Parentesco:** | {parentescoBE} |
| **Número telefónico:** | {telefonoBE} |

**{%image}**