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

{IMAGE injectSvg()}

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANÁLISIS CLÍNICO** | | | |
| Tipo de Sangre: | {tipoSangre} | Tatuajes: | {tieneTatuajes} |
| Enfermedades crónicas: | {enfermedadCronica} | Perforaciones: | {tienePerforaciones} |
| Medicamento que toma: | {medicamentoQueToma} | Complexión: | {complexion} |
| Es donador de órganos: | {donadorOrganos} | Color de ojos: | {colorOjos} |
| Edad: |  | Color de cabello: | {colorCabello} |
| Peso: | {peso} | Usa lentes | {usaLentes} |
| Estatura: | {estatura} | Fuma | {fuma} |
| Es alérgico a algún medicamento: | {tieneAlergia} | ¿Cuál? |  |
| Alergias: {alergiasMedicamento} | | Toma alcohol | {toma} |

|  |  |
| --- | --- |
| **CONTACTO DE EMERGENCIAS** | |
| **Notificar a:** | {contactoEmergencia} |
| **Parentesco:** | {parentescoCE} |
| **Número telefónico:** | {numeroCE} |
| **BENEFICIARIO** | |
| **Nombre:** | {beneficiario} |
| **Parentesco:** | {parentescoBE} |
| **Número telefónico:** | {numeroBE} |