111	0 1				HISTORIA CLÍNICA LAB	BORAL			
Hospital /				FECHA					
	MORELIA			HORA					
			EXAMEN N	MEDICO					
Ingreso		Periodico			Reingreso				
		I. FIC	HA DE IDEI	NTIFICACION					
Nombre									
		Α	Apellido Pate	rno, Apellido Mate	erno, Nombre				
Edad	Genero	Masculino	_	Femenino					
			Tele	efono	Estado Civil				
Domicilio actual									
Puesto Solicitado			Dep	artamento					
				3141D 4 D					
			II. CONFOR	RMIDAD					
Por este medio confirmo, que el responsable del Servicio Médico en turno, me ha explicado a detalle los tipos de evaluaciones médicas, preguntas informativas para mi expediente médico, preguntas evaluativas, motivos por los cuáles se debe realizar la evaluación médica y consideraciones que se aplicarán durante la misma y han sido aclaradas y comprendidas. Dentro de esta evaluación Médica se identifican las preguntas que son de referencia informativa y de referencia evaluativa. Toda la información proporcionada será controlada bajo el Aviso de privacidad existente en la Organización. Doy mi confirmación de que he recibido una explicación adecuada sobre el proceso que se aplicará a mi persona, así como el manejo de la información personal que proporcionaré y su tratamiento por parte de la empresa.									
Nom	bre completo				Firma de conformidad				
	bre completo								
III. ANTECEDENTES HER	REDO-FAMILIARE				Firma de conformidad dres (P / M), hermanos (H), tío n una X el cuadro correspon	os (T)], padeció o			
III. ANTECEDENTES HER	REDO-FAMILIARE		lades siguie		dres (P / M), hermanos (H), tío	os (T)], padeció o			
III. ANTECEDENTES HER padece actual	REDO-FAMILIARE mente alguna de	las enfermed	lades siguie	entes, marque co	dres (P / M), hermanos (H), tío n una X el cuadro correspono	os (T)], padeció o diente:			
III. ANTECEDENTES HER padece actual	REDO-FAMILIARE mente alguna de	Enfermedad	lades siguie	entes, marque co	dres (P / M), hermanos (H), tío n una X el cuadro correspond Enfermedad	os (T)], padeció o diente:			
III. ANTECEDENTES HER padece actual Enfermedad Presión alta/baja	REDO-FAMILIARE mente alguna de	Enfermedad Tumores o c Asma Bronq	ancer [¿Quien?	dres (P / M), hermanos (H), tíon una X el cuadro correspond Enfermedad Problemas de espalda Sensación de hormigueo	os (T)], padeció o diente:			
III. ANTECEDENTES HER padece actual Enfermedad Presión alta/baja Vértigos Diabetes	REDO-FAMILIARE mente alguna de	Enfermedad Tumores o c Asma Bronq Gastritis, ulc	áncer uial era	entes, marque co	dres (P / M), hermanos (H), tíon una X el cuadro correspond Enfermedad Problemas de espalda Sensación de hormigueo Convulsiones	os (T)], padeció o diente:			
III. ANTECEDENTES HER padece actual Enfermedad Presión alta/baja Vértigos Diabetes Enf. del Corazón	REDO-FAMILIARE mente alguna de	Enfermedad Tumores o c Asma Bronq Gastritis, ulc Flebitis/Vario	áncer uial era	¿Quien?	dres (P / M), hermanos (H), tíc n una X el cuadro correspond Enfermedad Problemas de espalda Sensación de hormigueo Convulsiones Debilidad muscular	os (T)], padeció o diente:			
III. ANTECEDENTES HER padece actual Enfermedad Presión alta/baja Vértigos Diabetes Enf. del Corazón Enf. del Pulm	REDO-FAMILIARE mente alguna de	Enfermedad Tumores o c Asma Bronq Gastritis, ulc Flebitis/Vario	áncer uial era ces	¿Quien?	dres (P / M), hermanos (H), tíon una X el cuadro corresponde Enfermedad Problemas de espalda Sensación de hormigueo Convulsiones Debilidad muscular Osteoporosis	os (T)], padeció o diente:			
III. ANTECEDENTES HER padece actual Enfermedad Presión alta/baja Vértigos Diabetes Enf. del Corazón Enf. del Pulm Enf. del Riñón	REDO-FAMILIARE mente alguna de	Enfermedad Tumores o c Asma Bronq Gastritis, ulc Flebitis/Vario Artritis Alteración del	áncer uial era sueño sueño	¿Quien?	dres (P / M), hermanos (H), tíon una X el cuadro correspondo Enfermedad Problemas de espalda Sensación de hormigueo Convulsiones Debilidad muscular Osteoporosis Hernias	os (T)], padeció o diente:			
III. ANTECEDENTES HER padece actual Enfermedad Presión alta/baja Vértigos Diabetes Enf. del Corazón Enf. del Pulm Enf. del Riñón Enf. del Hígado	REDO-FAMILIARE mente alguna de	Enfermedad Tumores o c Asma Bronq Gastritis, ulc Flebitis/Vario	áncer uial era sueño sueño	¿Quien?	dres (P / M), hermanos (H), tíon una X el cuadro corresponde Enfermedad Problemas de espalda Sensación de hormigueo Convulsiones Debilidad muscular Osteoporosis	os (T)], padeció o diente:			
III. ANTECEDENTES HER padece actual Enfermedad Presión alta/baja Vértigos Diabetes Enf. del Corazón Enf. del Pulm Enf. del Riñón	¿Quien?	Enfermedad Tumores o c Asma Bronq Gastritis, ulc Flebitis/Vario Artritis Alteración del Acufeno/tinit	áncer uial era sueño sueño us	¿Quien?	dres (P / M), hermanos (H), tíc n una X el cuadro correspond Enfermedad Problemas de espalda Sensación de hormigueo Convulsiones Debilidad muscular Osteoporosis Hernias	os (T)], padeció o diente:			
III. ANTECEDENTES HER padece actual Enfermedad Presión alta/baja Vértigos Diabetes Enf. del Corazón Enf. del Pulm Enf. del Riñón Enf. del Hígado Alergias	¿Quien?	Enfermedad Tumores o c Asma Bronq Gastritis, ulc Flebitis/Vario Artritis Alteración del Acufeno/tinit	áncer uial era sueño sueño us	¿Quien?	dres (P / M), hermanos (H), tíc n una X el cuadro correspond Enfermedad Problemas de espalda Sensación de hormigueo Convulsiones Debilidad muscular Osteoporosis Hernias	os (T)], padeció o diente:			
III. ANTECEDENTES HER padece actual Enfermedad Presión alta/baja Vértigos Diabetes Enf. del Corazón Enf. del Pulm Enf. del Riñón Enf. del Hígado Alergias Escolaridad	¿Quien?	Enfermedad Tumores o c Asma Bronq Gastritis, ulc Flebitis/Vario Artritis Alteración del Acufeno/tinit	áncer uial era sueño us	¿Quien?	dres (P / M), hermanos (H), tíc n una X el cuadro correspond Enfermedad Problemas de espalda Sensación de hormigueo Convulsiones Debilidad muscular Osteoporosis Hernias COVID19	¿Quien?			
III. ANTECEDENTES HER padece actual Enfermedad Presión alta/baja Vértigos Diabetes Enf. del Corazón Enf. del Pulm Enf. del Riñón Enf. del Hígado Alergias Escolaridad Fuma	¿Quien?	Enfermedad Tumores o c Asma Bronq Gastritis, ulc Flebitis/Vario Artritis Alteración del Acufeno/tinit	áncer uial era sueño us FES PERSO	¿Quien? ¿Quien? NALES NO PATO	dres (P / M), hermanos (H), tíc n una X el cuadro correspond Enfermedad Problemas de espalda Sensación de hormigueo Convulsiones Debilidad muscular Osteoporosis Hernias COVID19	¿Quien?			
III. ANTECEDENTES HER padece actual Enfermedad Presión alta/baja Vértigos Diabetes Enf. del Corazón Enf. del Pulm Enf. del Riñón Enf. del Hígado Alergias Escolaridad Fuma Bebe	REDO-FAMILIARE mente alguna de ¿Quien? IV. A	Enfermedad Tumores o c Asma Bronq Gastritis, ulc Flebitis/Vario Artritis Alteración del Acufeno/tinit	áncer uial era sueño us FES PERSO	¿Quien? ¿Quien? ALES NO PATO Cigarros al di Frecuence	dres (P / M), hermanos (H), tíc n una X el cuadro correspond Enfermedad Problemas de espalda Sensación de hormigueo Convulsiones Debilidad muscular Osteoporosis Hernias COVID19 DLÓGICO Años fumando iaAños bebiendo	¿Quien?			
III. ANTECEDENTES HER padece actual Enfermedad Presión alta/baja Vértigos Diabetes Enf. del Corazón Enf. del Pulm Enf. del Riñón Enf. del Hígado Alergias Escolaridad Fuma Bebe ¿Ha utilizado o utilizas algún n	REDO-FAMILIARE mente alguna de ¿Quien? IV. A	Enfermedad Tumores o c Asma Bronq Gastritis, ulc Flebitis/Vario Artritis Alteración del Acufeno/tinit	áncer uial era sueño us FES PERSO	¿Quien? ¿Quien? NALES NO PATO	dres (P / M), hermanos (H), tíc n una X el cuadro correspone Enfermedad Problemas de espalda Sensación de hormigueo Convulsiones Debilidad muscular Osteoporosis Hernias COVID19 PLÓGICO aAños fumando iaAños bebiendo	¿Quien?			
III. ANTECEDENTES HER padece actual Enfermedad Presión alta/baja Vértigos Diabetes Enf. del Corazón Enf. del Pulm Enf. del Riñón Enf. del Hígado Alergias Escolaridad Fuma Bebe ¿Ha utilizado o utilizas algún n ¿Cuales?	REDO-FAMILIARE mente alguna de ¿Quien? IV. A Si Si nedicamento contr	Enfermedad Tumores o c Asma Bronq Gastritis, ulc Flebitis/Vario Artritis Alteración del Acufeno/tinit	áncer uial era sueño us Si Si	¿Quien? ¿Quien? ALES NO PATO Cigarros al di Frecuence	dres (P / M), hermanos (H), tíc n una X el cuadro correspond Enfermedad Problemas de espalda Sensación de hormigueo Convulsiones Debilidad muscular Osteoporosis Hernias COVID19 DLÓGICO Años fumando iaAños bebiendo Desde cuándo?	¿Quien?			
III. ANTECEDENTES HER padece actual Enfermedad Presión alta/baja Vértigos Diabetes Enf. del Corazón Enf. del Pulm Enf. del Riñón Enf. del Hígado Alergias Escolaridad Fuma Bebe ¿Ha utilizado o utilizas algún n ¿Cuales? ¿Ha utilizado o usa drogas?	REDO-FAMILIARE mente alguna de ¿Quien? IV. A Si	Enfermedad Tumores o c Asma Bronq Gastritis, ulc Flebitis/Vario Artritis Alteración del Acufeno/tinit ANTECEDENT	áncer uial era sueño us Si No	¿Quien? ¿Quien? ALES NO PATO Cigarros al di Frecuence	dres (P / M), hermanos (H), tíc n una X el cuadro correspone Enfermedad Problemas de espalda Sensación de hormigueo Convulsiones Debilidad muscular Osteoporosis Hernias COVID19 PLÓGICO aAños fumando iaAños bebiendo	¿Quien?			
III. ANTECEDENTES HER padece actual Enfermedad Presión alta/baja Vértigos Diabetes Enf. del Corazón Enf. del Pulm Enf. del Riñón Enf. del Hígado Alergias Escolaridad Fuma Bebe ¿Ha utilizado o utilizas algún n ¿Cuales? ¿Practica algún deporte?	REDO-FAMILIARE mente alguna de ¿Quien? IV. A Si Si nedicamento contr	Enfermedad Tumores o c Asma Bronq Gastritis, ulc Flebitis/Vario Artritis Alteración del Acufeno/tinit ANTECEDENT	áncer uial era sueño us FES PERSO No Si No No	¿Quien? ¿Quien? Cigarros al di Frecuence No	dres (P / M), hermanos (H), tíc n una X el cuadro correspond Enfermedad Problemas de espalda Sensación de hormigueo Convulsiones Debilidad muscular Osteoporosis Hernias COVID19 DLÓGICO Años fumando iaAños bebiendo Desde cuándo?	¿Quien?			
III. ANTECEDENTES HER padece actual Enfermedad Presión alta/baja Vértigos Diabetes Enf. del Corazón Enf. del Pulm Enf. del Riñón Enf. del Hígado Alergias Escolaridad Fuma Bebe ¿Ha utilizado o utilizas algún n ¿Cuales? ¿Practica algún deporte? ¿Cuál deporte?	Si	Enfermedad Tumores o c Asma Bronq Gastritis, ulc Flebitis/Vario Artritis Alteración del Acufeno/tinit ANTECEDENT	áncer uial era sueño us FES PERSO No No Si No No Frecuer	¿Quien? ¿Quien? Cigarros al di Frecuence No	dres (P / M), hermanos (H), tíc n una X el cuadro correspond Enfermedad Problemas de espalda Sensación de hormigueo Convulsiones Debilidad muscular Osteoporosis Hernias COVID19 DLÓGICO Años fumando iaAños bebiendo Desde cuándo?	¿Quien?			
III. ANTECEDENTES HER padece actual Enfermedad Presión alta/baja Vértigos Diabetes Enf. del Corazón Enf. del Pulm Enf. del Riñón Enf. del Hígado Alergias Escolaridad Fuma Bebe ¿Ha utilizado o utilizas algún n ¿Cuales? ¿Ha utilizado o usa drogas? ¿Practica algún deporte? ¿Cuál deporte? ¿Tiene algún tatuaje?	REDO-FAMILIARE mente alguna de ¿Quien? IV. A Si Si nedicamento contr	Enfermedad Tumores o c Asma Bronq Gastritis, ulc Flebitis/Vario Artritis Alteración del Acufeno/tinit ANTECEDENT	áncer uial era sueño us FES PERSO No Si No No	¿Quien? ¿Quien? Cigarros al di Frecuence No	dres (P / M), hermanos (H), tíc n una X el cuadro correspond Enfermedad Problemas de espalda Sensación de hormigueo Convulsiones Debilidad muscular Osteoporosis Hernias COVID19 DLÓGICO Años fumando iaAños bebiendo Desde cuándo?	¿Quien?			
III. ANTECEDENTES HER padece actual Enfermedad Presión alta/baja Vértigos Diabetes Enf. del Corazón Enf. del Pulm Enf. del Riñón Enf. del Hígado Alergias Escolaridad Fuma Bebe ¿Ha utilizado o utilizas algún n ¿Cuales? ¿Ha utilizado o usa drogas? ¿Practica algún deporte? ¿Cuál deporte? ¿Tiene algún tatuaje? ¿Cuántos?	REDO-FAMILIARE mente alguna de ¿Quien? IV. A Si	Enfermedad Tumores o c Asma Bronq Gastritis, ulc Flebitis/Vario Artritis Alteración del Acufeno/tinit ANTECEDENT	áncer uial era sueño us Si No No Frecuer No	¿Quien? ¿Quien? Cigarros al di Frecuence No	dres (P / M), hermanos (H), tícn una X el cuadro correspond Enfermedad Problemas de espalda Sensación de hormigueo Convulsiones Debilidad muscular Osteoporosis Hernias COVID19 DLÓGICO aAños fumando ia Años bebiendo Desde cuándo? Tipo de droga	¿Quien?			
III. ANTECEDENTES HER padece actual Enfermedad Presión alta/baja Vértigos Diabetes Enf. del Corazón Enf. del Pulm Enf. del Riñón Enf. del Hígado Alergias Escolaridad Fuma Bebe ¿Ha utilizado o utilizas algún n ¿Cuales? ¿Ha utilizado o usa drogas? ¿Practica algún deporte? ¿Cuál deporte? ¿Tiene algún tatuaje?	REDO-FAMILIARE mente alguna de ¿Quien? IV. A Si	Enfermedad Tumores o c Asma Bronq Gastritis, ulc Flebitis/Vario Artritis Alteración del Acufeno/tinit ANTECEDENT Tolado?	áncer uial era sueño us FES PERSO No No Si No No Frecuer	¿Quien? ¿Quien? Cigarros al di Frecuence No	dres (P / M), hermanos (H), tíc n una X el cuadro correspond Enfermedad Problemas de espalda Sensación de hormigueo Convulsiones Debilidad muscular Osteoporosis Hernias COVID19 DLÓGICO Años fumando iaAños bebiendo Desde cuándo?	¿Quien?			

V. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS. (Exclusivo mujeres)									
Edad que inicio su regla	Años	RitmoFUM							
G P A C		mo embarazo							
Ottima citologia cervicovaginai ((Papanicolaou)								
Mastografia Si	☐ No	¿Cuando?							
VI. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS. Si usted padeció o padece actualmente alguna de las enfermedades siguientes, marque con una X - Historia Clinica									
Varicela/Rubeola/Sarampión	☐ Varices/Hemorroides	Sensación de hormigueo Trastornos de la piel							
Enfermedades respiratorias	Cefalea	☐ Enf. Gastrointestinales ☐ Heridas/quemaduras ☐							
· ·									
Enfermedades pulmonares	☐ Hernias	Gastritis, úlcera, colitis Enf. oculares							
Asma bronquial	Problemas en la espalda								
Enfermedades del Corazón	Golpes en la columna	☐ Diabetes ☐ Problemas de audición ☐							
Presión alta o baja	Golpes en la cabeza	☐ Enfermedades del riñón ☐ Acufeno/Tinitus ☐							
Vértigos	Artritis o Reumatismo	☐ Enfermedades de Genitales ☐ Usa prótesis ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐							
Anemia/Sangrado anormal Tuberculosis	☐ Depresión/Ansiedad ☐ Paludismo	☐ Convulsiones (Epilepsia) ☐ Tumores o cáncer ☐ ☐ Parotiditis ☐ COVID19 ☐							
Describa	Faludisillo	Falotiditis COVID19							
Cirugias		Grupo sanguineo							
Observaciones									
VII. ANTECEDENTES MED	DICO - LABORALES. Anote los	datos que se le piden de sus últimos empleos, empezando por el último:							
¿A que edad comenzó a trabaja	ar?A	Años							
	Antiguedad	Puesto							
Tuvo exposicion a;									
Polvo Ruido		Radiacion 🔲 Quimicos o solventes 🔲 Vibracion 🔲 Calor o frio 🗌							
Movimiento repetitivo Cargas									
Equipo de Proteccion Personal uti	ilizado								
Accidentes									
¿Ha sufrido accidentes de traba	ajo? Si 🔲	No Fecha							
Lesion									
¿Ha recibido pagos por accider	<u> </u>	Si No _							
Lesion		IMSS Empresa							
¿Tiene secuelas de accidentes	-	☐ No ☐							
Fecha	Secueia								
Í									

Talla Peso IMC PESO AT FR X-Temp Perimetro Abd Pesine atria Ascendia Peso Ascendia Pesine atria Peso Ascendia Pes	VIII. EXAMEN MÉDICO (Ilenado exclusivo por el médico)								
Perimetro AbdPresion arterialmmi/tig Sp02% IX. EVALUACIÓN FÍSICA IX. EV	SOMATOMETRIA / SIGNOS VITALES								
IX. EVALUACIÓN FÍSICA CABEZA	Talla Peso IMC	FC	x′ FR	x´Temp					
IX. EVALUACIÓN FÍSICA CABEZA									
CAVIDAD ORAL CUELLO COVIDAD ORAL CUELLO TORAX COLUMNA VERTEBRAL EXTREMIDADES SUPERIORES EXTREMIDADES INFERIORES E	Perimetro Abd Presion arte	erial	mm/Hg S	p02%					
CAVIDAD ORAL CUELLO COVIDAD ORAL CUELLO TORAX COLUMNA VERTEBRAL EXTREMIDADES SUPERIORES EXTREMIDADES INFERIORES E									
CAVIDAD ORAL_ CUELLO_ TORAX COLUMNA VERTEBRAL_ EXTREMIDADES SUPERIORES EXTREMIDADES INFERIORES EXTREMIDADES INFERIORES ABDOMEN_ Nombre y firma del paciente Hago constar que las respuestas suministradas en este cuestionario son veridicas y proporcionan la información requenda acerca de mis antecedentes de salud. Referencia: Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS. Factores de risea genopricio en el trabajo; Identificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-038-STPS. Factores de risea genopricio en el trabajo; Identificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-038-STPS. Factores de risea genopricio en el trabajo; Identificación, análisis, prevención y control. XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MEDICA Nota: Los resultados, tanto de la historia clinica laboral como del examen médico, incluyendo los estudios auxiliares de diagnostico, no representan distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones específicas que exige el puesto. Recomendable Reco	IX. EVALUACIÓN FÍSICA								
CAVIDAD ORAL	CABEZA								
CAVIDAD ORAL					—				
COLUMNA VERTEBRAL EXTREMIDADES SUPERIORES EXTREMIDADES INFERIORES EXTREMIDADES INFERIORES ABDOMEN Nombre y firma del paciente Hago constar que las respuestas suministradas en este cuestionario son veridicas y proporcionan la información requerida acerca de mis antecedentes de salud. Referencia: Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo: Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-034-STPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; soma Oficial Mexicana NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; soma Oficial Mexicana NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; soma NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; soma NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; soma NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; noma Oficial Mexicana NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; noma Oficial Mexicana NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; noma Oficial Mexicana NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; Noma Oficial Mexicana NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; Noma Oficial Mexicana NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; Noma Oficial Mexicana NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; Noma Oficial Mexicana NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; Noma Oficial Mexicana NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad y seguridado	OIDO	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·							
COLUMNA VERTEBRAL EXTREMIDADES SUPERIORES EXTREMIDADES INFERIORES EXTREMIDADES INFERIORES ABDOMEN Nombre y firma del paciente Hago constar que las respuestas suministradas en este cuestionario son veridicas y proporcionan la información requerida acerca de mis antecedentes de salud. Referencia: Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo: Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-034-STPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; soma Oficial Mexicana NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; soma Oficial Mexicana NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; soma NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; soma NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; soma NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; noma Oficial Mexicana NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; noma Oficial Mexicana NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; noma Oficial Mexicana NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; Noma Oficial Mexicana NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; Noma Oficial Mexicana NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; Noma Oficial Mexicana NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; Noma Oficial Mexicana NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajo; Noma Oficial Mexicana NOM-035-TPS-2016, Condiciones de seguridad y seguridado					—				
COLUMNA VERTEBRAL EXTREMIDADES SUPERIORES EXTREMIDADES INFERIORES EXTREMIDADES INFERIORES EXTREMIDADES INFERIORES ABDOMEN Nombre y firms del paciente Hago constar que las respuestas suministradas en este cuestionario son veridicas y proporcionan la información requerida acerca de mis antecedentes de salud. Referencia: Reglamento Faderal de Seguridad y Salud en el Trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-036-STPS-0516, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrello de actividades de trabajos norma Oficial Mexicana NOM-036-STPS-5016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrello de actividades de trabajos norma Oficial Mexicana NOM-036-STPS-5016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrello de actividades de trabajos norma Oficial Mexicana NOM-036-STPS-5016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrello de actividades de trabajos norma Oficial Mexicana NOM-036-STPS-5016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrello de actividades de trabajos norma Oficial Mexicana NOM-036-STPS-5016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrello de actividades de trabajos norma Oficial Mexicana NOM-036-STPS-5016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrello de actividades de trabajos norma oficial mexicana NOM-036-STPS-5016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrello de actividades de trabajos norma oficial mexicana NOM-036-STPS-5016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrello de actividades de trabajos norma oficial mexicana NOM-036-STPS-5016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrello de actividades de trabajos norma oficial mexicana NOM-036-STPS-5016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrello de actividades de trabajos norma oficial mexicana NOM-036-STPS-5016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrello de actividades de trabajos norma oficial mexicana NOM-036-STPS-5016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrello de a									
COLUMNA VERTEBRAL EXTREMIDADES SUPERIORES EXTREMIDADES INFERIORES ABDOMEN ABDOMEN ABDOMEN ABDOMEN Este documento no tiene validez sin la firma del personal del servicio médico que realiza esta evaluación médica. Referencia: Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo: Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-036-STPS-27016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajodores con discapacidad en los centros de trabajo, Norma Oficial Mexicana NOM-036-STPS-FS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo: dentificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo derentificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo; Norma Oficial Me									
EXTREMIDADES SUPERIORES EXTREMIDADES INFERIORES EXTREMIDADES INFERIORES EXTREMIDADES INFERIORES ABDOMEN Nombre y firma del paciente Hago constar que las respuestas suministradas en este cuestionario son verídicas y proporcionan la información requerida scerca de mis antecedentes de salud. Referencia: Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo: Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo: Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo: Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo: Identificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo epsicosocial en el trabajo: Identificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo epsicosocial en el trabajo: Identificación, análisis, prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo epsicosocial en el trabajo: Identificación, análisis, prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo epsicosocial en el trabajo: Identificación, análisis, prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo epsioneco en el trabajo: Identificación, análisis, prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo esponámico en el trabajo: Identificación, análisis, prevención y control. XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA Nota: Los resultados, tanto de la historia clínical adoral como del examen médico, incluyendo los estudios auxiliares de diagnóstico, no representan distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones especificas que exige el puesto. Recomendable Recomendable Recomendable Se resubica (examen periodico)	CUELLO								
EXTREMIDADES SUPERIORES EXTREMIDADES INFERIORES EXTREMIDADES INFERIORES EXTREMIDADES INFERIORES ABDOMEN Nombre y firma del paciente Hago constar que las respuestas suministradas en este cuestionario son verídicas y proporcionan la información requerida scerca de mis antecedentes de salud. Referencia: Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo: Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo: Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo: Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo: Identificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo epsicosocial en el trabajo: Identificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo epsicosocial en el trabajo: Identificación, análisis, prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo epsicosocial en el trabajo: Identificación, análisis, prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo epsicosocial en el trabajo: Identificación, análisis, prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo epsioneco en el trabajo: Identificación, análisis, prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo esponámico en el trabajo: Identificación, análisis, prevención y control. XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA Nota: Los resultados, tanto de la historia clínical adoral como del examen médico, incluyendo los estudios auxiliares de diagnóstico, no representan distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones especificas que exige el puesto. Recomendable Recomendable Recomendable Se resubica (examen periodico)		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •			—				
EXTREMIDADES INFERIORES EXTREMIDADES INFERIORES ABDOMEN Nombre y firma del paciente Hago constar que las respuestas suministradas en este cuestionario son verídicas y proporcionan la información requerida acerca de mis antecedentes de salud. Referencia: Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajadores con discapacidad en los centros de trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-036-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo; Identificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo ergonómico en el trabajo; Identificación, análisis, prevención y control. XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA Nota: Los resultados, tanto de la historia clínica laboral como del examen medico, incluyendo los estudios auxiliares de diagnóstico, no representan distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones específicas que exige el puesto. Recomendable Recomendable Recomendab	TORAX								
EXTREMIDADES INFERIORES EXTREMIDADES INFERIORES ABDOMEN Nombre y firma del paciente Hago constar que las respuestas suministradas en este cuestionario son verídicas y proporcionan la información requerida acerca de mis antecedentes de salud. Referencia: Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajadores con discapacidad en los centros de trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-036-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo; Identificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo ergonómico en el trabajo; Identificación, análisis, prevención y control. XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA Nota: Los resultados, tanto de la historia clínica laboral como del examen medico, incluyendo los estudios auxiliares de diagnóstico, no representan distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones específicas que exige el puesto. Recomendable Recomendable Recomendab									
ABDOMEN Nombre y firma del paciente Hago constar que las respuestas suministradas en este cuestionario son verídicas y proporcionan la información requerida acerca de mis antecedentes de salud. Referencia: Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Orma Oficial Mexicana NOM-034-STPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajadores con discapacidad en los centros de trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo ergonómico en el trabajo: Identificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo ergonómico en el trabajo: Identificación, análisis, prevención y control. XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA Nota: Los resultados, tanto de la historia clínica laboral como del examen médico, incluyendo los estudios auxiliares de diagnóstico, no representan distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones específicas que exige el puesto. Recomendable Recomendable Con restriccion Recomendable Con restriccion Se reubica (examen periodico)	COLUMNA VERTEBRAL								
ABDOMEN Nombre y firma del paciente Hago constar que las respuestas suministradas en este cuestionario son verídicas y proporcionan la información requerida acerca de mis antecedentes de salud. Referencia: Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Orma Oficial Mexicana NOM-034-STPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajadores con discapacidad en los centros de trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo ergonómico en el trabajo: Identificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo ergonómico en el trabajo: Identificación, análisis, prevención y control. XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA Nota: Los resultados, tanto de la historia clínica laboral como del examen médico, incluyendo los estudios auxiliares de diagnóstico, no representan distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones específicas que exige el puesto. Recomendable Recomendable Con restriccion Recomendable Con restriccion Se reubica (examen periodico)	EVERTINATE OF THE PROPERTY OF								
ABDOMEN Nombre y firma del paciente Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo: Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el Trabajo: Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo: Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo: Norma Oficial Mexicana NOM-034-STPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajadores con discapacidad en los centros de trabajo: Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo: Identificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-036-TSTPS, Factores de riesgo ergonómico en el trabajo: Identificación, análisis, prevención y control. XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA Nota: Los resultados, tanto de la historia clínica laboral como del examen médico, incluyendo los estudios auxiliares de diagnóstico, no representan distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones específicas que exige el puesto. Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Se reubica (examen periodico)	EXTREMIDADES SUPERIORES				—				
ABDOMEN Nombre y firma del paciente Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo: Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el Trabajo: Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo: Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo: Norma Oficial Mexicana NOM-034-STPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajadores con discapacidad en los centros de trabajo: Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo: Identificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-036-TSTPS, Factores de riesgo ergonómico en el trabajo: Identificación, análisis, prevención y control. XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA Nota: Los resultados, tanto de la historia clínica laboral como del examen médico, incluyendo los estudios auxiliares de diagnóstico, no representan distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones específicas que exige el puesto. Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Se reubica (examen periodico)	EVIDEMIDADEO INFEDIODEO								
Nombre y firma del paciente Hago constar que las respuestas suministradas en este cuestionario son verídicas y proporcionan la información requerida acerca de mis antecedentes de salud. Referencia: Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-034-STPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajadores con discapacidad en los centros de trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-036-TPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo; lotentificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo ergonómico en el trabajo: identificación, análisis, prevención y control. XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA Nota: Los resultados, tanto de la historia clínica laboral como del examen médico, incluyendo los estudios auxiliares de diagnóstico, no representan distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones específicas que exige el puesto. Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Se reubica (examen periodico)	EXTREMIDADES INFERIORES								
Nombre y firma del paciente Hago constar que las respuestas suministradas en este cuestionario son verídicas y proporcionan la información requerida acerca de mis antecedentes de salud. Referencia: Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-034-STPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajadores con discapacidad en los centros de trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-036-TPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo; lotentificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo ergonómico en el trabajo: identificación, análisis, prevención y control. XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA Nota: Los resultados, tanto de la historia clínica laboral como del examen médico, incluyendo los estudios auxiliares de diagnóstico, no representan distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones específicas que exige el puesto. Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Se reubica (examen periodico)					_				
Nombre y firma del paciente Hago constar que las respuestas suministradas en este cuestionario son verídicas y proporcionan la información requerida acerca de mis antecedentes de salud. Referencia: Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-034-STPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajadores con discapacidad en los centros de trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-036-TPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo; lotentificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo ergonómico en el trabajo: identificación, análisis, prevención y control. XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA Nota: Los resultados, tanto de la historia clínica laboral como del examen médico, incluyendo los estudios auxiliares de diagnóstico, no representan distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones específicas que exige el puesto. Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Se reubica (examen periodico)	ADDOMEN								
Hago constar que las respuestas suministradas en este cuestionario son verídicas y proporcionan la información requerida acerca de mis antecedentes de salud. Referencia: Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-034-STPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajadores con discapacidad en los centros de trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo: Identificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo ergonómico en el trabajo: Identificación, análisis, prevención y control. XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA Nota: Los resultados, tanto de la historia clínica laboral como del examen médico, incluyendo los estudios auxiliares de diagnóstico, no representan distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones específicas que exige el puesto. Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Se reubica (examen periodico)	ABDOMEN	M							
Hago constar que las respuestas suministradas en este cuestionario son verídicas y proporcionan la información requerida acerca de mis antecedentes de salud. Referencia: Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-034-STPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajadores con discapacidad en los centros de trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo: Identificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo ergonómico en el trabajo: Identificación, análisis, prevención y control. XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA Nota: Los resultados, tanto de la historia clínica laboral como del examen médico, incluyendo los estudios auxiliares de diagnóstico, no representan distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones específicas que exige el puesto. Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Se reubica (examen periodico)					_				
Hago constar que las respuestas suministradas en este cuestionario son verídicas y proporcionan la información requerida acerca de mis antecedentes de salud. Referencia: Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-034-STPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajadores con discapacidad en los centros de trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo: Identificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo ergonómico en el trabajo: Identificación, análisis, prevención y control. XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA Nota: Los resultados, tanto de la historia clínica laboral como del examen médico, incluyendo los estudios auxiliares de diagnóstico, no representan distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones específicas que exige el puesto. Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Se reubica (examen periodico)									
Hago constar que las respuestas suministradas en este cuestionario son verídicas y proporcionan la información requerida acerca de mis antecedentes de salud. Referencia: Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-034-STPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajadores con discapacidad en los centros de trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo: Identificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo ergonómico en el trabajo: Identificación, análisis, prevención y control. XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA Nota: Los resultados, tanto de la historia clínica laboral como del examen médico, incluyendo los estudios auxiliares de diagnóstico, no representan distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones específicas que exige el puesto. Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Se reubica (examen periodico)									
Hago constar que las respuestas suministradas en este cuestionario son verídicas y proporcionan la información requerida acerca de mis antecedentes de salud. Referencia: Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-034-STPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajadores con discapacidad en los centros de trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo: Identificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo ergonómico en el trabajo: Identificación, análisis, prevención y control. XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA Nota: Los resultados, tanto de la historia clínica laboral como del examen médico, incluyendo los estudios auxiliares de diagnóstico, no representan distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones específicas que exige el puesto. Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Se reubica (examen periodico)	Nombre v firma del paciente			Firma de conformidad					
son verídicas y proporcionan la información requerida acerca de mis antecedentes de salud. Referencia: Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-034-STPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajadores con discapacidad en los centros de trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo: Identificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo ergonómico en el trabajo: Identificación, análisis, prevención y control. XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA Nota: Los resultados, tanto de la historia clínica laboral como del examen médico, incluyendo los estudios auxiliares de diagnóstico, no representan distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones específicas que exige el puesto. Recomendable Recomendable Recomendable Con restriccion No recomendable Se reubica (examen periodico)			Este documento n						
Referencia: Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-034-STPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajadores con discapacidad en los centros de trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo: Identificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo ergonómico en el trabajo: Identificación, análisis, prevención y control. XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA Nota: Los resultados, tanto de la historia clínica laboral como del examen médico, incluyendo los estudios auxiliares de diagnóstico, no representan distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones específicas que exige el puesto. Recomendable Recomendable Recomendable Recomendable Se reubica (examen periodico)									
salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NÓM-034-STPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajadores con discapacidad en los centros de trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo: Identificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo ergonómico en el trabajo: Identificación, análisis, prevención y control. XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA	antecedentes de salud.								
salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NÓM-034-STPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajadores con discapacidad en los centros de trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo: Identificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo ergonómico en el trabajo: Identificación, análisis, prevención y control. XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA									
salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NÓM-034-STPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajadores con discapacidad en los centros de trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo: Identificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo ergonómico en el trabajo: Identificación, análisis, prevención y control. XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA									
salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NÓM-034-STPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajadores con discapacidad en los centros de trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo: Identificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo ergonómico en el trabajo: Identificación, análisis, prevención y control. XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA	Referencia: Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabaio	o: Norma Oficial Mevic	eana NOM_030_STE	2S-2000 Servicios preventivos de segurida	d v				
Prevención; y Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo ergonómico en el trabajo: Identificación, análisis, prevención y control. XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA Nota: Los resultados, tanto de la historia clínica laboral como del examen médico, incluyendo los estudios auxiliares de diagnóstico, no representan distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones específicas que exige el puesto. Recomendable Recomendable Con restriccion No recomendable Se reubica (examen periodico)	salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-034-STPS-2016,	Condiciones de segu	ridad para el acces	o y desarrollo de actividades de trabajadore	es				
XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA Nota: Los resultados, tanto de la historia clínica laboral como del examen médico, incluyendo los estudios auxiliares de diagnóstico, no representan distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones específicas que exige el puesto. Recomendable Recomendable con restriccion No recomendable Se reubica (examen periodico)					з у				
Nota: Los resultados, tanto de la historia clínica laboral como del examen médico, incluyendo los estudios auxiliares de diagnóstico, no representan distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones específicas que exige el puesto. Recomendable Recomendaciones / restricciones Recomendable Con restriccion No recomendable Se reubica (examen periodico)	prevencion; y Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-51P5, Factor	res de nesgo ergonom	lico en el trabajo: io	dentificación, analisis, prevención y control.					
Nota: Los resultados, tanto de la historia clínica laboral como del examen médico, incluyendo los estudios auxiliares de diagnóstico, no representan distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones específicas que exige el puesto. Recomendable Recomendaciones / restricciones Recomendable Con restriccion No recomendable Se reubica (examen periodico)	XI RESIIITA	ADO DE EVALUACIÓ	N MÉDICA						
distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones específicas que exige el puesto. Recomendable Recomendable con restriccion No recomendable Se reubica (examen periodico) Recomendado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones Recomendaciones / restricciones ———————————————————————————————————									
Recomendable Recomendable Con restriccion No recomendable Se reubica (examen periodico) Recomendable Recomend									
Recomendable con restriccion No recomendable Se reubica (examen periodico)				and the sample contract contractions					
Recomendable con restriccion No recomendable Se reubica (examen periodico)									
Recomendable con restriccion No recomendable Se reubica (examen periodico)	Recomendable		Recomendad	ciones / restricciones					
No recomendable Se reubica (examen periodico) Se reubica (examen periodico)									
Se reubica (examen periodico)									
					_				
Fecha de proxima evaluacion ————————————————————————————————————	os isasion (sourion poriodico)								
	Fecha de proxima evaluacion								