

VIII. EXAMEN MÉDICO (llenado exclusivo por el médico)**SOMATOMETRIA / SIGNOS VITALES**

Talla _____ Peso _____ IMC _____ FC _____ x' FR _____ x' Temp _____

Perimetro Abd. _____ Presion arterial _____ mm/Hg SpO2 _____ %

Motivo

IX. EVALUACIÓN FÍSICA

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.

Firma de conformidad

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-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.

Botiquin

Destino