

OFICIO INTERNO	DIRECCION DE ADMINISTRACION RECURSOS HUMANOS	FECHA
113-2023		lunes, 16 de enero de 2023
ENRIQUEZ SERVICIOS OBRAS Y SUMINISTROS S.A. DE C.V. COMUNICADO		
CUIDAR TU SALUD		
A todo el personal que labora en Enríquez Servicios		
<p>Queremos conocer tu estado de salud por lo que ponemos a tu disposición el siguiente cuestionario médico, por favor una vez que lo llenes entregalo en el area de Recursos Huamnos o envíalo a tu “Caso (chat personal)”, gracias.</p> <p>Este cuestionario tiene la finalidad de conocer: si padeces alguna enfermedad o condición de salud y el tratamiento que llevas consecutivamente, con este cuestionario tendremos un antecedente de los medicamentos que utilizas en caso de una emergencia.</p>		
ATENTAMENTE RECURSOS HUMANOS		

CUESTIONARIO DE SALUD

DATOS DE INTERES SANITARIO

NOMBRE:	
EDAD:	
GENERO:	
TIPO DE SANGRE:	
PESO ACTUAL:	
ESTATURA:	
DIRECCION:	
ESTADO CIVIL:	
PROFESION:	
OCUPACION:	
DOMICILIO ACTUAL:	
1° CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	
NOMBRE:	
TELEFONO:	
2° CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	
NOMBRE:	
TELEFONO:	

PADECES ALGUNA DISCAPACIDAD:	SI	NO	QUE TIPO	DESDE CUANDO	TRATAMIENTO
------------------------------	----	----	----------	--------------	-------------

Fisica					
Intelectual					
Mental					
Psicosocial					
Multiple					
Sensorial					
Auditiva					
Visual					

PADECES ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES	SI	NO	QUE TIPO	DESDE CUANDO	TRATAMIENTO
---	----	----	----------	--------------	-------------

Hipertensión arterial					
Pulmonar					
Tos cronica					
Asma					
Hígado					
vesícula					
Riñon					
Diabetes					
Urinario					
Corazón					
Circulación (trombosis, embolias, varices etc.)					
Problemas digestivos/gastrointestinales					
Problema de toroides					
Cancer o Tumores					
Desordenes alimenticios					
Hepatitis A,B,C					
Transfusiones					
Convulsiones o Epilepsia					
Traumatismo craneal					
Depresión					
Migraña					
Nerviosismo o Ansiedad					
Piel					
Fracturas					
Reumática					
Artritis					
Otras enfermedades no mencionadas					

SUFRES DE ALERGIAS	SI	NO	QUE TIPO	DESDE CUANDO	TRATAMIENTO
--------------------	----	----	----------	--------------	-------------

Medicamento					
Estacional					
aereos					
Mascotas					
Cutaneas					
Alimentarias					
Insectos					
Sol					

POR FAVOR MARQUE CON UNA X LAS CONDICIONES QUE APLIQUE AL PACIENTE:

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO	QUE TIPO	DESDE CUANDO	TRATAMIENTO
-------------------------	----	----	----------	--------------	-------------

Realiza ejercicio					
Fuma:					
Ingiere Bebidas alcoholicas					
sustancias o drogas					
Antecedente Medico-Quirurgico-Traumaticos					

ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO	QUE TIPO	DESDE CUANDO	TRATAMIENTO
-------------------------	----	----	----------	--------------	-------------

Diabetes:					
Hipertension arterial:					
Cancer:					
Problemas del corazon:					
problema de circulacion:					
Problemas de pulmon:					
Problema digestivo:					
Problema psiquiatrico:					
Trombosis, embolias o hemorragias cerebrales:					
Epilepsia:					

EN CASO DE UNA EMERGENCIA QUE MEDICAMENTO UTILIZAR:

DOY PERMISO DE USAR DICHA INFORMACIÓN EN CASO DE SER NECESARIO PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA, DURANTE MI ESTANCIA EN EL TRABAJO. CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACION PROPORCIONADA ES VERDADERA

NOMBRE Y FIRMA