



LaMedi
LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

EXP-SISCO-003



SISCOPLAGAS

FECHA: 16 enero 2023

Fumigaciones y Control de Plagas



JAVIER GUERRA MARTINEZ
TÉCNICO

Av. Sierra Leona #335, Lomas 3ra Secc, 78216 San Luis Potosí, SLP.

FECHA: 16 Feb 23

1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE COMPLETO: Javier Guerra Martinez EDAD: 30 SEXO: M.
 EDO.CIVIL: Union libre ESCOLARIDAD: Secundaria TELÉFONO: 4442-041341
 DOMICILIO: Fracc. — TIPO DE SANGRE — FECHA DE NACIMIENTO: 5-Oct-92

2.- ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	PUESTO	TIEMPO	RIESGOS	ACCIDENTES	SECUELAS	ST-7	E.P.P
Ronalt	Operador	3 años					
Indent	Operador	1 año					

3.- ANTECEDENTES ERGONÓMICOS

FACTORES ERGONÓMICOS	EMPRESA 1	EMPRESA 2	EMPRESA 3
SOBRE ESFUERZOS	/		
POSTURAS FORZADAS			
TRABAJO PROLONGADO DE PIE			
TRABAJO PROLONGADO SENTADO			
TRABAJO PROLONGADO EN CUCLILLAS			
CARGAS FÍSICAS			
MOVIMIENTOS REPETITIVOS			

ANTECEDENTES PSICOSOCIALES

ANSIEDAD () DEPRESIÓN () ESTRÉS () ACOSO () OTRO: _____ TIEMPO: _____ TRATAMIENTOS: _____

4.- SOMATOMETRÍA

TALLA: 1.63 mts PESO: 67 kg IMC: 25.2 F.C.: 48 lpm F.R.: 76 rpm T/A: 118/76 mm/hg TEMP: 36 °C SAT O2: 96

ANTECEDENTES FAMILIARES	NEG	ABUELOS		PADRES		HERMANOS		TIOS		HIJOS	
		P	M	P	M	H	M	P	M	H	M
SANO		/	/		/	/	/	/	/	/	/
FINADO		/	/	/			/				
DIABETES											
HIPERTENSION ARTERIAL											
TUBERCULOSIS											
CARDIOPATIAS											
ULCERA O GASTRITIS											
NEFROPATIAS											
EPILEPSIA											
OBESIDAD											
CANCER											
ARTRITIS											
TIROIDES											
COMENTARIOS:											

PADRE: EDAD — MADRE: EDAD 73 HERMANOS: SI () NO () CUÁNTOS 7 QUÉ LUGAR OCUPA USTED 8

HIJOS: SI () NO () CUÁNTOS 4 EDADES 8, 9, 4, 1

5.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

DEPORTES: FUT () BASQUET () GYM () CICLISMO () NATACIÓN () OTRO: _____ TIEMPO: 5 HRS 3 VECES POR SEMANA

HABITACIÓN: URBANA () RURAL () LUZ () AGUA () DRENAJE () ANIMALES () NUM: _____ PERRO () GATO () AVE () OTRO: _____

ASEO PERSONAL: BAÑO: DIARIO () CADA 1 DÍAS LAVADO DENTAL: 1 AL DIA MANOS: BUENO (X) REGULAR _____ MALA _____

VACUNAS: TÉTANOS SI () NO () FECHA _____ HEPATITIS B SI () NO () FECHA _____ INFLUENZA SI () NO () FECHA 20

6.- HÁBITOS Y TOXICOMANÍAS

TABAQUISMO: SI () NO () INICIO: _____ AÑOS CANTIDAD: _____ CIGARROS AL DIA () SEMANA () MES () ÍNDICE TABAQUICO: _____

ALCOHOLISMO: SI () NO () INICIO: _____ AÑOS CANTIDAD _____ CERVEZAS AL DIA () SEMANA () MES ()

DROGAS O BEBIDAS ENERGÉTICAS: SI () NO () TIPO: _____ INICIO: _____ AÑOS FRECUENCIA: DIARIO () SEMANA () MES ()

7.- ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

MENARCA: _____ AÑOS RITMO: _____ FUM: _____ G: _____ P: _____ C: _____ A: _____ EMBARAZO SI () NO () SDG: _____

PRENATAL SI () NO () IVS: _____ VSA: _____ NPS: _____ MPF: _____ TIEMPO: _____ DOC. MAMA: _____ PAPANICOLAOU : _____ R: _____

8.- PADECIMIENTOS Y/O TRATAMIENTOS ACTUALES:

HAGO CONSTAR QUE NO OCULTO ENFERMEDAD ALGUNA, NI PADEZCO AFECCIÓN DIAGNOSTICABLE ÚNICAMENTE POR DATOS RECOGIDOS EN EL INTERROGATORIO, POR LO TANTO ASUMO LA RESPONSABILIDAD DE LO ASENTADO.

9.- INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

ORGANOS DE LOS SENTIDOS: SDP () HIPOACUSIA () DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL () ALTERACIONES EN OLFATO ()
RESPIRATORIO: SDP () TOS () EXPECT. () DISNEA () PRECORDIO: SDP () SOPLO () ARRITMIA () REFORZAMIENTO () THRILL ()
GENITOURINARIO: SDP () DISURIA () TENESMO () HEMATURIA () POLAQUIURIA () NICTAMERO: _____ TESTICULOS: _____
SISTEMA NERVIOSO: SDP () PARESTESIAS () HIPOESTESIAS () CALAMBRES () CONVULSIONES ()
SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO: SDP () ARTRALGIAS () MIALGIAS () _____ DIESTRO () ZURDO ()
SÍNTOMAS GENERALES: PÉRDIDA DE PESO () FIEBRE () CEFALEA () ASTENIA () **TATUAJES:** SI () NO ()
HABITUS: TEZ BLANCA () MORENA CLARA () MORENA () TALLA ALTA () MEDIA () BAJA ()
CONSTITUCIÓN: FUERTE () ROBUSTA () ATLÉTICO () OBESA () DELGADA () FACIES: _____ ACTITUD: LIBRE () ANTIÁLGICA ()
SEÑALES PARTICULARES: CICATRIZ () BARBA () BIGOTE () LUNAR () LENTES () OTROS: _____
 BIEN ORIENTADO () COOPERADOR () ROMBERG NEG () EDAD APARENTE MAYOR () MENOR () IGUAL () A LA CRONOLÓGICA
OBSERVACIONES:
amputación de 1 dedo

10.- EXPLORACIÓN FÍSICA

CABEZA: SDP () DERMATOSIS SI () NO ()
 OTRO: _____
AGUDEZA VISUAL: LEJANA S/L O.D 20/ _____ O.I 20/ 40 C/L O.D 20/ _____ O.I 20/ 50 CERCANA: S/L _____ C/L _____
 ISHIHARA: NORMAL () DISCROMATOPSIA () REFLEJOS PUPILARES _____ CAMPIMETRÍA _____
OJOS: SDP () COLOR: cafe PUPILAS: _____ MOV. OCULARES: _____ PTERIGIÓN SI () NO () GRADO: _____
NARIZ: RECTA () MEDIA () DESVIADA () OTROS: _____
OIDOS: SDP () PABELLON: 1,10 CAE DER. _____ IZQ. _____ MEMBRANAS TIMPANICAS DER. _____ IZQ. _____ CERUMEN: _____
BOCA: HIGIENE: BUENA () REGULAR () MALA () MUCOSA ORAL: _____ LENGUA: _____
PIEZAS DENTALES: SARRO ✓ MANCHA () FALTAN _____ CARIES 3 OBTURACIONES 2 PRÓTESIS SI () FIJA _____ REMOVIBLE _____
FARINGE: SDP () HIPEREMIA () EXUDADOS _____ AMÍGDALAS _____
CUELLO: SDP () CORTO () TUMORACIONES _____ TIROIDES _____ GANGLIOS _____
TÓRAX: SDP () PIRAMIDAL () TONEL () ASTÉNICO () **GLÁNDULAS MAMARIAS:** NORMALES () NÓDULOS () _____
CAMPOS PULMONARES: LIBRES () SIBILANCIAS () ESTERTORES () OTROS: _____
PRECORDIO: SDP () ARRITMIAS () REFORZAMIENTOS () SOPLOS () THRILL () OTROS: _____
ABDOMEN: SDP () PLANO () GLOBOSO () P.ADIPOSO _____ cms MEGALIAS _____ HERNIAS _____ > 1 CM _____ REDUCTIBLE _____
ORGANOS GENITALES: SDP () NSE () ETS () _____ OTROS: _____
COLUMNA VERTEBRAL: SDP () CONTRACTURAS () ESCOLIOSIS () LORDOSIS () CIFOSIS () PUNTOS DOLOROSOS () _____

HAGO CONSTAR QUE NO OCULTO ENFERMEDAD ALGUNA, NI PADEZCO AFECCIÓN DIAGNOSTICABLE ÚNICAMENTE POR DATOS RECOGIDOS EN EL INTERROGATORIO, POR LO TANTO ASUMO LA RESPONSABILIDAD DE LO ASENTADO.

EXTREMIDADES SUPERIORES: SDP () FUERZA _____ TONO _____ MASA _____ MOVILIDAD _____ PULSOS _____ QUISTES _____

EXTREMIDADES INFERIORES: SDP () FUERZA _____ TONO _____ MASA _____ MOVILIDAD _____ PULSOS _____ QUISTES _____

OBSERVACIONES: Vacuna Covid + Aftazenece

11.-EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

DEXTOSTIX: _____ ANTIDOPING: NEGATIVO () POSITIVO A: OPI () BZO () COC () AMP () THC ()

EGO: SG _____ Ph _____ LEU _____ NIT _____ PRO _____ GLU _____ KET _____ UBG _____ BIL _____ ERY/Hb _____

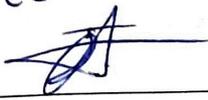
PIE: POSITIVA () NEGATIVA () AUDIOMETRÍA: NORMAL () _____ ESPIROMETRÍA: NORMAL () _____

DIAGNOSTICO FINAL: _____

RECOMENDABLE PARA EL PUESTO RECOMENDABLE CONDICIONADO PARA EL PUESTO () NO RECOMENDABLE PARA EL PUESTO ()

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: Asistencia dental
completar vacunación covid
usar lentes. problemas visuales.

Dr. JOSE DOMINGO MARTINEZ LUNA
CED PROF 5298450/8148650

Técnico.


FIRMA DEL TRABAJADOR