

Fecha: 28/02/2023 Empresa: RTI
 Nombre: JOSE LUIS RAMIREZ HERNANDEZ
 Edad: 31 Fecha de nacimiento: 22/04/1991
 Domicilio- calle: BUDAPEST
 Ciudad: SAN LUIS POTOSI
 Estado civil: SOLTERO

 Numero: 375 Colonia: MARIA CECILIA
 Estado: SAN LUIS POTOSI Telefono: 4443127801
 Escolaridad: LICENCIATURA

 Puesto : ING PROYECTOS
 Genero: (X) Hombre () Mujer

Hijos:	Genero	Edad	Sano	Observaciones
1	H / M		SI / NO	
2	H / M		SI / NO	
3	H / M		SI / NO	
4	H / M		SI / NO	
5	H / M		SI / NO	

Antecedentes laborales.

Antigüedad en la empresa : 6 AÑOS

Antigüedad en el puesto actual: 6 AÑOS

Actividad que realiza: _____

Ha sufrido algun accidente ? Si () NO (X) Cuando ? _____

Que le sucedió ? _____

En su puesto actual a que esta expuesto?

Ruido

Polvos

Humos

T* elevadas

Vibraciones

Cargas: especifique kg : _____ Agacharse continuamente: Si () NO () Quimicos especifique: _____

Levantar los brazos por encima de los hombros: Si () NO ()

Que equipo de proteccion personal utiliza ?

Zapato de seguridad	Respirador	Caretta	Tyvek	Mangas	Otro: TAPONES
---------------------	------------	---------	-------	--------	---------------

A sufrido alguna enfermedad a causa del trabajo ? Si () NO (X) Cual ? _____

Antecedentes Heredo-Familiares.

	Vive	Edad	Sano	Padecimientos
Padre	Si (X) NO ()	56 AÑOS	Si () NO (X)	DM2
Madre	Si (X) NO ()	54 AÑOS	Si () NO (X)	DM2
Numero de herman	3 Vivos: 3		Si (X) NO ()	Finados: _____

Enfermedad	Parentesco	Descripcion
Cancer	NEGADO	
Diabetes	PADRES	
Hipertension	ABUELA MATERNA	
Cardiopatias	NEGADO	
Nefropatias	NEGADO	
Neurologicas	NEGADO	
Neuropatias	NEGADO	
Otras	NEGADO	

Antecedentes Personales.

Enfermedad	Negativo	Positivo	Descripcion / observaciones
Cronico- degenerativos	X		
Traumaticos		X	FX DEDO ANULAR IZQUIERDO HACE 1 AÑO
Quirurgicos	X		
Alergicos	X		
Transfusionales	X		Fecha: _____ Tipo y RH: _____
Tabaquismo	X		Cigarrillos al día: _____ Durante: _____
Alcoholismo		X	Frecuencia: S (X) Q () M () BM () SM () A ()
Dependencias	X		ultimo consumo: _____ Sustancia: _____

Antecedentes Gineco-obstetricos

Menarca: _____ Menopausia: _____ Dismenorrea: Si () NO () IVSA : _____ VSA: Si () NO ()

G () P () A () C () Causa: _____ FUM: _____

MPF: _____ PAP: _____

TX: NO () SI () Alt. Mama: NO () SI ()

Nombre: JOSE LUIS RAMIREZ HERNANDEZ

Fecha: 28/02/2023

Ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades.

Enfermedades		Enfermedades	
Varicela	SI (<input checked="" type="checkbox"/>) / NO (<input type="checkbox"/>)	Dolor Vesicula biliar	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
Paperas	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Fracturas, luxaciones, esguince	SI (<input checked="" type="checkbox"/>) / NO (<input type="checkbox"/>)
Tuberculosis	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Dolor articular, artritis	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
Rubeola	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Lesion en algun tendon	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
Hepatitis	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Dolor de cuello, espalda o cintura	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
Sensacion de oidos tapados	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Dolor o ardor al orinar	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
Dificultad para escuchar sonidos	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Despierta frecuentemente a orinar	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
Dolor o secrecion de oidos	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Calculos o piedras en el riñon	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
Obstruccion de la nariz	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Necesita hacer fuerza para orinar	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
Salida de secrecion por nariz	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Dolor al tener relaciones sexuales	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
Sangrados frecuentes por nariz	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Enfermedades de transmision sexual	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
Estornudos frecuentemente	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Practicas sexuales de riesgo	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
Tos frecuente	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Dolor de cabeza frecuente	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
Flema con sangre	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Paralisis en alguna parte del cuerpo	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
Dificultad para respirar o asma	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Convulsiones, epilepsia	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
Silbidos al respirar profundo	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Adormecimiento en brazos, manos o piernas	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
Cansancio al caminar o correr	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Ronchas o comezon en la piel	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
Cansancio al subir escaleras	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Alergias	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
Sensacion opresion en el pecho	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Comezon o ardor en ojos, nariz o garganta	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
Palpitaciones, dolor en el pecho	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Hongos en piel o uñas	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
Presion arterial alta o baja	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Aumento o disminucion de peso	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
Mareo, vertigo o vision borrosa	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Problemas de la vista	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
Varices en piernas o hemorroides	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Usa lentes	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
Vomito intenso	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Tiene tatuajes	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
Ardor estomacal, agruras	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Evacuaciones con sangre	SI (<input type="checkbox"/>) / NO (<input checked="" type="checkbox"/>)

Comentarios:

Realiza algun tipo de ejercicio SI () / NO () Cual: Frecuencia:

Tiene algun impedimento fisico en sus pies para usar zapatos de seguridad ? SI () / NO ()

Cual es su mano mas habil para trabajar ? Derecha Izquierda Ambas

Nombre: JOSE LUIS RAMIREZ HERNANDEZ

Fecha: 28/02/2023

 Peso: 69 kg
 Estatura: 1.70 m
 IMC: 23.9 Kg/ m²

 TA: 110 /83 mmHg
 FC: 72 x'

 FR: 17 x'
 T°: 36.3 °C
 SpO2: 96 %

Exploracion fisica

Acotaciones: 1= Normal 2= Anormal

 Actitud / Habitus /
 Facies / Marcha /

Exploracion visual		
Campos visuales	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Pupilas	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Conjuntivas	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Movimientos oculares	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Parpados	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

Agudeza visual			
	Ojo derecho	Ojo izquierdo	Binocular
Sin lentes	20 / 13	20 / 13	20 / 13
Con lentes			

vision cercana: 0.5 M

Daltonismo	
SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO

 Oidos: / Nariz /
 Boca / Dientes /

Cuello y columna cervical		
Alineacion	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Arcos de movilidad	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Trofismo	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Tono muscular	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Tiroides	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Ganglios	Negativos	Positivos
Masas	Negativos	Positivos

Espalda y columna dorso lumbar		
Alineacion	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Simetria de hombros	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Trofismo	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Arcos de movilidad	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Tono muscular	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Fuerza	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Puntos dolorosos	Negativo	Positivo
Laseague	Negativo	Positivo

Abdomen		
Inspeccion	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Palpacion	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Peristaltismo	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Tono muscular	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Cicatriz Umbilical	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Viceromegalias	Negativos	Positivos
Tumuraciones	Negativos	Positivos

Torax		
Amplexion	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Amplexacion	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Ruidos cardiacos	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Ruidos respiratorios	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

Piel			
Coloracion	<input type="text" value="1"/> / <input type="text" value="2"/>	Tatuajes	<input type="text" value="1"/> / <input type="text" value="2"/>
Lesiones	<input type="text" value="1"/> / <input type="text" value="2"/>	Cicatrices	<input type="text" value="1"/> / <input type="text" value="2"/>

Miembros Superiores				
Integridad	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Izquierdo	Derecho
Trofismo	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Izquierdo	Derecho
Arcos movilidad	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Izquierdo	Derecho
Puntos dolorosos	Negativos	Positivos	Izquierdo	Derecho
Pulsos	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Izquierdo	Derecho
Fuerza	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Izquierdo	Derecho
Qjstes	Negativos	Positivos	Izquierdo	Derecho
Deformidad	Negativos	Positivos	Izquierdo	Derecho
Amputaciones	Negativos	Positivos	Izquierdo	Derecho

Miembros Inferiores				
Integridad	1	2	Izquierdo	Derecho
Trofismo	1	2	Izquierdo	Derecho
Arcos movilidad	1	2	Izquierdo	Derecho
Puntos dolorosos	Negativos	Positivos	Izquierdo	Derecho
Pulsos	1	2	Izquierdo	Derecho
Fuerza	1	2	Izquierdo	Derecho
Deformidad	Negativos	Positivos	Izquierdo	Derecho
Amputaciones	Negativos	Positivos	Izquierdo	Derecho
Hongos	Negativos	Positivos	Izquierdo	Derecho

Descripcion de Hallazgos : _____

Diagnosticos:

- 1.- CLINICAMENTE SANO
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____
- 7.- _____

L.E. ELIANETH BALLEZA
Cedula Profesional : 12260227