

Fecha: 28/02/2023 Empresa: RTI Puesto : DISEÑADOR
 Nombre: JUAN DANIEL REYES TORRES Genero: (X) Hombre () Mujer
 Edad: 26 Fecha de nacimiento: 18/03/1996
 Domicilio- calle: VICENTE GUERRERO Numero: 2176 Colonia: GENOVEVO RIVAS GUILLEN
 Ciudad: SAN LUIS POTOSI Estado: SAN LUIS POTOSI Telefono: 4442422035
 Estado civil: SOLTERO Escolaridad: LICENCIATURA

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 : 1.5 AÑOS Antigüedad en el puesto actual: 1.5 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 () Químicos especifique: _____

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

Que equipo de proteccion personal utiliza ? Uniforme Faja Mandil Lentes Casco Mascarilla

Zapato de seguridad Respirador Careta 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 ()	65 AÑOS	Si (X) NO ()	
Madre	Si (X) NO ()	57 AÑOS	Si (X) NO ()	
Numero de hermanos: 3	Vivos: 3	Si (X) NO ()	Finados: _____	

Enfermedad	Parentesco	Descripcion
Cancer	NEGADO	
Diabetes	NEGADO	
Hipertension	NEGADO	
Cardiopatias	NEGADO	
Nefropatias	NEGADO	
Neurologicas	NEGADO	
Neumopatias	NEGADO	
Otras	NEGADO	

Antecedentes Personales.

Enfermedad	Negativo	Positivo	Descripcion / observaciones
Cronico- degenerativos	X		
Traumaticos	X		
Quirurgicos	X		
Alergicos	X		
Transfusionales	X		Fecha: _____ Tipo y RH: _____
Tabaquismo	X		Cigarrillos al dia: _____ 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: JUAN DANIEL REYES TORRES

Fecha: 28/02/2023

Ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades.

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

 Comentarios: _____

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

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

Cual es su mano mas habil para trabajar ?

Derecha	Izquierda	Ambas
---------	-----------	-------

Nombre: JUAN DANIEL REYES TORRES

Fecha: 28/02/2023

 Peso: 69 kg
 Estatura: 1.65 m
 IMC: 25.3 Kg/ m²

 TA: 119/70 mmHg
 FC: 67 x'

 FR: 16x'
 T°: 36.4 °C
 SpO2: 97 %

Exploracion fisica

Acotaciones: 1= Normal 2= Anormal

 Actitud / Habitus / Facies / Marcha /

Exploracion visual		
Campos visuales	1	2
Pupilas	1	2
Conjuntivas	1	2
Movimientos oculares	1	2
Parpados	1	2

Agudeza visual			
	Ojo derecho	Ojo izquierdo	Binocular
Sin lentes	20 / 15	20 / 20	20 / 13
Con lentes			

vision cercana: 0.5 M

Daltonismo

 Oidos: / Nariz / Boca / Dientes /

Cuello y columna cervical		
Alineacion	1	2
Arcos de movilidad	1	2
Trofismo	1	2
Tono muscular	1	2
Tiroides	1	2
Ganglios	Negativos	Positivos
Masas	Negativos	Positivos

Abdomen		
Inspeccion	1	2
Palpacion	1	2
Peristaltismo	1	2
Tono muscular	1	2
Cicatriz Umbilical	1	2
Viceromegalias	Negativos	Positivos
Tumuraciones	Negativos	Positivos

Espalda y columna dorso lumbar		
Alineacion	1	2
Simetria de hombros	1	2
Trofismo	1	2
Arcos de movilidad	1	2
Tono muscular	1	2
Fuerza	1	2
Puntos dolorosos	Negativo	Positivo
Laseague	Negativo	Positivo

Torax		
Amplexion	1	2
Amplexacion	1	2
Ruidos cardiacos	1	2
Ruidos respiratorios	1	2

Piel			
Coloracion	1 / 2	Tatuajes	1 / 2
Lesiones	1 / 2	Cicatrices	1 / 2

Miembros Superiores				
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
Qistes	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.-SOBREPESO
- 2.- CLINICAMENTE SANO
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____
- 7.- _____

L.E. ELIANETH BALLEZA
Cedula Profesional : 12260227