

Fecha: 28/02/2023

Empresa: RTI

Puesto : DISEÑADOR

Nombre: BRAULIO HERRERA OLIVA

Genero: (X) Hombre () Mujer

Edad: 29 Fecha de nacimiento: 24/12/1993

Domicilio- calle: COLIBRI

Numero: 310 AB

Colonia: HOG POPULARES

Ciudad: SAN LUIS POTOSI

Estado: SAN LUIS POTOSI

Telefono: 4442234968

Estado civil: CASADO

Escolaridad: TECNICO

Hijos:	Genero	Edad	Sano	Observaciones
1	H / M	7 AÑOS	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 : 2.5 AÑOS

Antigüedad en el puesto actual: 2.5 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 ()	72 AÑOS	Si (X) NO ()	
Madre	Si (X) NO ()	54 AÑOS	Si () NO (X)	DM2
Numero de herman	5	Vivos: 5	Si (X) NO ()	Finados: _____

Enfermedad	Parentesco	Descripcion
Cancer	ABUELA MATERNA	DESCONOCE
Diabetes	MAMA	
Hipertension	NEGADO	
Cardiopatias	NEGADO	
Nefropatias	NEGADO	
Neurologicas	NEGADO	
Neumopatias	NEGADO	
Otras	NEGADO	

Antecedentes Personales.

Enfermedad	Negativo	Positivo	Descripcion / observaciones
Cronico- degenerativos	X		
Traumaticos		X	LASIK HACE 6 AÑOS
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: BRAULIO HERRERA OLIVA

Fecha: 28/02/2023

Ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades.

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

Comentarios:

Realiza algun tipo de ejercicio SI () / NO () Cual: FUTBOL Frecuencia: 3 VECES X SEMANA

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: BRAULIO HERRERA OLIVA

Fecha: 28/02/2023

 Peso: 90 kg
 Estatura: 1.85 m
 IMC: 26.3 Kg/ m²

 TA: 118 /79 mmHg
 FC: 81 x'

 FR: 17 x'
 T°: 36.5 °C
 SpO2: 97 %

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	<input type="text" value="20"/> / <input type="text" value="25"/>	<input type="text" value="20"/> / <input type="text" value="25"/>	<input type="text" value="20"/> / <input type="text" value="25"/>
Con lentes			

vision cercana: 0.5 M

Daltonismo

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

L.E. ELIANETH BALLEZA
Cedula Profesional : 12260227