

Fecha: 28/02/2023 Empresa: RTI Puesto : AYUDANTE GENERAL
 Nombre: OMAR LOERA PUENTE Genero: (X) Hombre () Mujer
 Edad: 36 Fecha de nacimiento: 19/04/1986
 Domicilio- calle: TOMASA ESTEVEZ Numero: 210 Colonia: SOLEDAD
 Ciudad: SAN LUIS POTOSI Estado: SAN LUIS POTOSI Telefono: 4441524227
 Estado civil: CASADO Escolaridad: SECUNDARIA

Hijos:	Genero	Edad	Sano	Observaciones
1	H / M	15	SI / NO	
2	H / M	10	SI / NO	
3	H / M	3	SI / NO	
4	H / M		SI / NO	
5	H / M		SI / NO	

Antecedentes laborales.

Antigüedad en la empresa : 3 AÑOS Antigüedad en el puesto actual: 3 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 ? 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 ()	64 AÑOS	Si (X) NO ()	
Madre	Si (X) NO ()	56 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	CX HERNIA HACE 25 AÑOS
Alergicos	X		
Transfusionales	X		Fecha: _____ Tipo y RH: _____
Tabaquismo	X		Cigarrillos al dia: _____ Durante: _____
Alcoholismo	X		Frecuencia: S () 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: OMAR LOERA PUENTE

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)	Practicass 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)	Comezón 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 (X) / NO ()
Ardor estomacal, agruras	SI () / NO (X)	Evacuaciones con sangre	SI () / NO (X)

Comentarios: 5 TATUAJES EN PECHO ESPALDA Y BRAZOS

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: OMAR LOERA PUENTE

Fecha: 28/02/2023

 Peso: 74 kg
 Estatura: 1.72 m
 IMC: 23.8 Kg/ m²

 TA: 110/79 mmHg
 FC: 77 x'

 FR: 16x'
 T°: 36.6 °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	<input type="text" value="20"/> / <input type="text" value="20"/>	<input type="text" value="20"/> / <input type="text" value="20"/>	<input type="text" value="20"/> / <input type="text" value="20"/>
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	<input type="text" value="Negativos"/>	<input type="text" value="Positivos"/>
Masas	<input type="text" value="Negativos"/>	<input type="text" value="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	<input type="text" value="Negativo"/>	<input type="text" value="Positivo"/>
Laseague	<input type="text" value="Negativo"/>	<input type="text" value="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	<input type="text" value="Negativos"/>	<input type="text" value="Positivos"/>
Tumuraciones	<input type="text" value="Negativos"/>	<input type="text" value="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	<input type="text" value="Negativos"/>	<input type="text" value="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	<input type="text" value="Negativos"/>	<input type="text" value="Positivos"/>	Izquierdo	Derecho
Deformidad	<input type="text" value="Negativos"/>	<input type="text" value="Positivos"/>	Izquierdo	Derecho
Amputaciones	<input type="text" value="Negativos"/>	<input type="text" value="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