

Fecha: 03/03/2023 Empresa: RTI
 Nombre: CARLOS DANIEL VAZQUEZ HERNANDEZ
 Edad: 24 Fecha de nacimiento: 07/01/1999
 Domicilio- calle: REPUBLICA DE GUATEMALA
 Ciudad: SAN LUIS POTOSI
 Estado civil: SOLTERO

Numero: 190 Colonia: SATELITE
 Estado: SAN LUIS POTOSI Telefono: 4445110566
 Escolaridad: T LICENCIATURA

Puesto : ING CONTROL
 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 : 1 AÑO

Antigüedad en el puesto actual: 1 AÑO

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 ()	59 AÑOS	Si (X) NO ()	
Madre	Si (X) NO ()	66 AÑOS	Si (X) NO ()	
Numero de herman	4	Vivos: 4	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 ()
-------------------	--------------------------

EXAMEN MÉDICO

Nombre: CARLOS DANIEL VAZQUEZ HERNANDEZ

Fecha: 03/03/2023

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)	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 (X) / NO () Cual: CAMINATA Frecuencia: CADA 15 DIAS
 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

Hago constar que las respuestas a estos formularios son veridicas, asi mismo autorizo a Leben laboratorios a que se me realice la exploracion fisica medica y los exámenes de laboratorio y gabinete correspondientes

Nombre: CARLOS DANIEL VAZQUEZ HERNANDEZ

Fecha: 03/03/2023

Peso: 66 kg
 Estatura: 1.71 m
 IMC: 22.6 Kg/ m²

TA: 100 / 70 mmHg
 FC: 77 x'

FR: 16 x'
 T°: 36.1 °C
 SpO2: 96 %

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 / 20	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	1	2
Arcos de movilidad	1	2
Trofismo	1	2
Tono muscular	1	2
Tiroides	1	2
Ganglios	Negativos	Positivos
Masas	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

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

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 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

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

Descripcion de Hallazgos : _____

Diagnosticos:

- 1.- CLINICAMENTE SANO
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____

L.E. ELIANETH BALLEZA
 Cedula Profesional : 12260227