

Fecha: 03/03/2023 Empresa: RTI Puesto: ELECTRICO
 Nombre: DIEGO EDUARDO RIVERA ORTIZ Genero: (X) Hombre () Mujer
 Edad: 33 Fecha de nacimiento: 20/04/1989
 Domicilio- calle: GEMA Numero: 2283 Colonia: INDUSTRIAS
 Ciudad: SAN LUIS POTOSI Estado: SAN LUIS POTOSI Telefono: 4441483838
 Estado civil: SOLTERO Escolaridad: T PREPARATORIA

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 ()	63 AÑOS	Si (X) NO ()	
Madre	Si (X) NO ()	61 AÑOS	Si (X) NO ()	
Numero de herman	4	Vivos: 4	Si (X) NO ()	Finados: _____

Enfermedad	Parentesco	Descripcion
Cancer	TIAS PATERNAS Y MATERNAS	CANCER DE MAMA
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	POLVO
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 ()

Realiza algun tipo de ejercicio Si (X) / NO () Cual: BICICLETA 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

EXAMEN MÉDICO

Nombre: DIEGO EDUARDO RIVERA ORTIZ

Fecha: 03/03/2023

 Peso: 61 kg
 Estatura: 1.74 m
 IMC: 20.91 Kg/ m²

 TA: 110/70 mmHg
 FC: 71 x'

 FR: 17 x'
 T°: 36.1 °C
 SpO2: 97 %

Exploracion fisica

Acotaciones: 1= Normal 2= Anormal

Actitud 1 / 2 Habitus 1 / 2 Facies 1 / 2 Marcha 1 / 2

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 / 13	20 / 15	20 / 20
Con lentes			

vision cercana: 0.5 M

Daltonismo	
SI	NO

Oidos: 1 / 2 Nariz 1 / 2 Boca 1 / 2 Dientes 1 / 2

Cuello y columna cervical		
Alineacion	1	2
Arco 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
Arco 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 Inferiores				
Integridad	1	2	Izquierdo	Derecho
Trofismo	1	2	Izquierdo	Derecho
Arco de 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
Arco de 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