

Fecha: 08/03/2023 Empresa: RTI
 Nombre: JUAN MANUEL OVIEDO BIONES
 Edad: 26 Fecha de nacimiento: 16/01/1997
 Domicilio- calle: MARIOTTE
 Ciudad: SAN LUIS POTOSI
 Estado civil: SOLTERO

Puesto : ING DE PROYECTOS
 Genero: (X) Hombre () Mujer
 Numero: 420 A Colonia: PROGRESO
 Estado: SAN LUIS POTOSI Telefono: 4446371726
 Escolaridad: T INGENIERIA

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 : 2 AÑOS

Antigüedad en el puesto actual: 2 AÑOS

Actividad que realiza: _____

Ha sufrido algun accidente ? Si () NO (X) Cuando ? _____

Que le sucedió ? _____

En su puesto actual a que esta expuesto?

Cargas: especifique kg : _____ Agacharse continuamente: Si () NO ()

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

Que equipo de proteccion personal utiliza ?

Zapato de seguridad	Respirador	Uniforme	Faja	Mandil	Lentes	Casco	Mascarilla
		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 ()	56 AÑOS	Si (X) NO ()	
Madre	Si (X) NO ()	46 AÑOS	Si () NO (X)	PRE DIABETES
Numero de herman	5	Vivos: 5	Si (X) NO ()	Finados: _____

Enfermedad	Parentesco	Descripcion
Cancer	NEGADO	
Diabetes	ABUELA MATERNA	
Hipertension	ABUELA MATERNA	
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: ESPORADICO Durante: 4 AÑOS
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: JUAN MANUELOVIEDO BRIONES

Fecha: 08/03/2023

Ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades.

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

Comentarios:

Realiza algun tipo de ejercicio SI (☐) / NO (☒) Cual: Frecuencia:

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

MLAB-004- EXAMEN MEDICO PERIODICO

Nombre: JUAN MANUEL OVIEDO BRIONES

Fecha: 08/03/2023

 Peso: 88 kg
 Estatura: 1.74 m
 IMC: 29.1 Kg/ m²

 TA: 117 /70 mmHg
 FC: 71 x'

 FR: 17 x'
 T°: 36.5 °C
 SpO2: 94 %

Exploracion fisica

Acotaciones: 1= Normal 2= Anormal

 Actitud / Habitua / 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 / 13	20 / 13	20 / 13
Con lentes			

vision cercana: 0.5 M

Daltonismo	
SI	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

Abdomen		
Inspeccion	1	2
Palpacion	1	2
Peristaltismo	1	2
Tono muscular	1	2
Cicatriz Umbilical	1	2
Vicromegalias	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 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.-SOBREPESO
- 3.-
- 4.-

 L.E. ELIANETH BALLEZA
 Cedula Profesional : 12260227