

Fecha: 10/03/2023 Empresa: RTI Puesto : DISEÑADOR  
 Nombre: ISRAEL LOERA PUENTE Genero: (X) Hombre ( ) Mujer  
 Edad: 35 Fecha de nacimiento: 13/05/1987  
 Domicilio- calle: NARDO Numero: 113 Colonia: RESIDENCIAL LA FLORES  
 Ciudad: SAN LUIS POTOSI Estado: SAN LUIS POTOSI Telefono: 4441766925  
 Estado civil: CASADO Escolaridad: T LICENCIATURA

Hijos:	Genero	Edad	Sano	Observaciones
1	H / M	12	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 : 5 AÑOS Antigüedad en el puesto actual: 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 ( ) Quimicos especifique: \_\_\_\_\_

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

Que equipo de proteccion personal utiliza ? Uniforme Faja Mandil Lentas 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 ( )	57 AÑOS	Si ( X ) NO ( )	
Numero de hermanos: 4	Vivos:		Si ( ) NO ( )	Finados: _____

Enfermedad	Parentesco	Descripcion
Cancer	NEGADO	
Diabetes	TIOS	
Hipertension	TIOS	
Cardiopatias	NEGADO	
Nefropatias	NEGADO	
Neurologicas	NEGADO	
Neuropatias	NEGADO	
Otras	NEGADO	

**Antecedentes Personales.**

Enfermedad	Negativo	Positivo	Descripcion / observaciones
Cronico- degenerativos	X		
Traumaticos		X	FX NARIZ HACE 7 AÑOS
Quirurgicos		X	CX NARIZ
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: ISRAEL LOERA PUENTE

Fecha: 10/03/2023

**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 )	Practicas 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: FUTBOL Frecuencia: 2 VECES POR SEMANA  
 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: ISRAEL LOERA PUENTE

Fecha: 10/03/2023

Peso: 98 kg  
 Estatura: 1.76 m  
 IMC: 31.6 Kg/ m<sup>2</sup>

TA: 118 /75 mmHg  
 FC: 80 x'

FR: 18 x'  
 T°: 36.2 °C  
 SpO2: 95 %

### 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 / 13	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	<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 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.-OBESIDAD GI
- 3.- \_\_\_\_\_
- 4.- \_\_\_\_\_
- 5.- \_\_\_\_\_

L.E. ELIANETH BALLEZA  
 Cedula Profesional : 12260227