

Fecha: 09/05/2024 Empresa: BIOS Puesto: _____
 Nombre: CARLOS ABRAHAM MARTINEZ CETURNINO Genero: Hombre
 Edad 34 Fecha de nacimiento: 16/03/1990
 Domicilio PROLONGACION VALLEJO Numero: 154-2 Colonia: GENERAL MARTINEZ
 Ciudad SAN LUIS POTOSI Estado: SAN LUIS POTOSI Telefono 4447137008
 Estado Civil: SOLTERO Escolaridad: SECUNDARIA

| Hijos | Genero | Edad | Sano | Observaciones |
|-------|--------|------|------|---------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |

Antecedentes laborales

Antigüedad en la empresa: 2 AÑOS Antigüedad en el puesto actual: 2 AÑOS
 Actividad que realiza: OPERADOR
 Ha sufrido algun accidente: NO Cuando? NUNCA
 Que le sucedio? NADA
 En su puesto actual a que esta expuesto? NINGUNO
 Cargas: especifique kg: _____ Agacharse continuamente: NO
 Quimicos especifique: _____ levantar brazos por encima de los hombros: NO
 Que tipo de proteccion personal utiliza UNIFORME Otro: BOTAS, GUANTES
 A sufrido alguna enfermedad a causa del trabajo? NO Cual: _____

Antecedentes Heredo-Familiares

| | Vive | Edad | Sano | Padecimientos |
|-------|------|------|------|---------------|
| Padre | SI | | SI | NO |
| Madre | SI | | SI | NO |

Numero de hermanos: _____ Vivos _____ Sanos: _____ Finados _____

| Enfermedad | Parentesco | Descripcion |
|--------------|------------|-------------|
| Cancer | NO | |
| Diabetes | NO | |
| Hipertension | NO | |
| Cardiopatias | NO | |
| Nefropatias | NO | |
| Neurologias | NO | |
| Neumopatias | NO | |
| Otras | NO | |

Antecedentes personales

| Enfermedad | Resultado | Descripcion / Observaciones | | | |
|----------------------|-----------|-----------------------------|--------|-----------|--|
| Cronico-degenerativo | NEGATIVO | | | | |
| Traumaticos | NEGATIVO | | | | |
| Quirurgicos | NEGATIVO | | | | |
| Alergicos | NEGATIVO | | | | |
| Transfucionales | NEGATIVO | Fecha | | Tipo y RH | |
| Tabaquismo | NEGATIVO | Cigarros al dia | | Durante: | |
| Alcoholismo | POSITIVO | Frecuencia | CASUAL | | |
| Dependencias | NEGATIVO | Ult. Con | | Sustancia | |

Antecedentes Gineco-obstetricos

Menarca: NO Menopausia NO Dismorrea: NO IVSA _____
 VSA NO G NO P 0 A 0 C 0
 Causa: _____ 0 FUM: _____ 0
 MPF: _____ 0 PAP: _____ 0
 TX: NO Alt Mama: NO

Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

| | |
|----------------------------------|----|
| Varicela | NO |
| Paperas | NO |
| Tuberculosis | NO |
| Rubeola | NO |
| Hepatitis | NO |
| Sensacion de oidos tapados | NO |
| Dificultad para escuchar sonidos | NO |
| Dolor o secrecion de oidos | NO |
| Obstruccion de la nariz | NO |
| Salida de secrecion por nariz | NO |
| Sangrados frecuentes por nariz | NO |
| Estornudos frecuentemente | NO |
| Tos frecuente | NO |
| Flema con sangre | NO |
| Dificultad para respirar o asma | NO |
| Silbidos al respirar profundo | NO |
| Cansancio al caminar o correr | NO |
| Cansancio al subir escaleras | NO |
| Sensacion opresion en el pecho | NO |
| Palpitaciones, dolor en el pecho | NO |
| Presion arterial alta o baja | NO |
| Mareo, vertigo o vision borrosa | NO |
| Varices en piernas o hemorroides | NO |
| Vomito intenso | NO |
| Ardor estomacal, agruras | NO |

| | |
|---|----|
| Dolor Vesicula biliar | NO |
| Fracturas, luxaciones, esguince | NO |
| Dolor articular, artritis | NO |
| Lesion en algun tendon | NO |
| Dolor de cuello, espalda o cintura | NO |
| Dolor o ardor al orinar | NO |
| Despierta frecuentemente a orinar | NO |
| Calculos o piedras en el riñon | NO |
| Necesita hacer fuerza para orinar | NO |
| Dolor al tener relaciones sexuales | NO |
| Enfermedades de transmision sexual | NO |
| Practicas sexuales de riesgo | NO |
| Dolor de cabeza frecuente | NO |
| Paralisis en alguna parte del cuerpo | NO |
| Convulsiones, epilepsia | NO |
| Adormecimiento brazos, manos o piernas | NO |
| Ronchas o comezon en la piel | NO |
| Alergias | NO |
| Comezon o ardor en ojos, nariz o garganta | NO |
| Hongos en piel o uñas | NO |
| Aumento o disminucion de peso | NO |
| Problemas de la vista | NO |
| Usa lentes | NO |
| Tiene tatuajes | NO |
| Evacuaciones con sangre | NO |

Comentarios NINGUNO

Realiza algun tipo de ejercicio: NO Cual: NO

Frecuencia: NO

Tiene algun impedimento fisico en sus pies para usar zapatos de seguridad? NO

Cual es su mano mas habil para trabajar: DERECHA

Peso: 65 kg TA: 120/70 mmHg FR: 18 x'

Estatura: 1.58 m FC: 85 x' T: 36.8 C

IMC: 26.03 Kg/m2 P. Abdominal: cm SpO2: 98 %

Exploracion fisica

Actitud NORMAL Habitus NORMAL Facies NORMAL Marcha NORMAL

| Exploracion Visual | |
|----------------------|--------|
| Campos visuales | NORMAL |
| Pupilas | NORMAL |
| Cunjuntivas | NORMAL |
| Movimientos Oculares | NORMAL |
| Parpados | NORMAL |

| Agudeza visual | | | |
|----------------|-------------|---------------|-----------|
| | Ojo derecho | Ojo izquierdo | Binocular |
| Sin lentes | NORMAL | NORMAL | NORMAL |
| Con lentes | NORMAL | NORMAL | NORMAL |

Vision cercana: 0.75

Daltonismo NORMAL

Oidos: NORMAL Nariz NORMAL Boca: NORMAL NORMAL

| Cuello y columna cervical | |
|---------------------------|----------|
| Alineacion | NORMAL |
| Arcos de movilidad | NORMAL |
| Trofismo | NORMAL |
| Tono muscular | NORMAL |
| Tiroides | NORMAL |
| Ganglios | NEGATIVO |
| Masas | NEGATIVO |

| Espalda y columna dorso lumbar | |
|--------------------------------|----------|
| Alineacion | NORMAL |
| Simetria de hombros | NORMAL |
| Trofismo | NORMAL |
| Arcos de movilidad | NORMAL |
| Tono muscular | NORMAL |
| Fuerza | NORMAL |
| Puntos dolorosos | NEGATIVO |
| Laseague | NEGATIVO |

| Abdomen | |
|--------------------|----------|
| Inspeccion | NORMAL |
| Palpacion | NORMAL |
| Peristalismo | NORMAL |
| Tono muscular | NORMAL |
| Cicatriz Umbilical | NORMAL |
| Viceromegalias | NEGATIVO |
| Tumuraciones | NEGATIVO |

| Torax | |
|----------------------|--------|
| Amplexion | NORMAL |
| Amplexacion | NORMAL |
| Ruidos cardiacos | NORMAL |
| Ruidos respiratorios | NORMAL |

| Piel | | | |
|------------|--------|------------|--------|
| Coloracion | NORMAL | Tatuajes | NORMAL |
| Lesiones | NORMAL | Cicatrices | NORMAL |

| Miembro superior izquierdo | |
|----------------------------|----------|
| Integridad | NORMAL |
| Trofismo | NORMAL |
| Arcos movilidad | NORMAL |
| Puntos dolorosos | NEGATIVO |
| Pulsos | NORMAL |
| Fuerza | NORMAL |
| Quistes | NEGATIVO |
| Deformidad | NEGATIVO |
| Amputaciones | NEGATIVO |

| Miembro superior derecho | |
|--------------------------|----------|
| Integridad | NORMAL |
| Trofismo | NORMAL |
| Arcos movilidad | NORMAL |
| Puntos dolorosos | NEGATIVO |
| Pulsos | NORMAL |
| Fuerza | NORMAL |
| Quistes | NEGATIVO |
| Deformidad | NEGATIVO |
| Amputaciones | NEGATIVO |

| Miembro inferior izquierdo | |
|----------------------------|----------|
| Integridad | NORMAL |
| Trofismo | NORMAL |
| Arcos movilidad | NORMAL |
| Puntos dolorosos | NEGATIVO |
| Pulsos | NORMAL |
| Fuerza | NORMAL |
| Deformidad | NEGATIVO |
| Amputaciones | NEGATIVO |
| Hongos | NEGATIVO |

| Miembro inferior derecho | |
|--------------------------|----------|
| Integridad | NORMAL |
| Trofismo | NORMAL |
| Arcos movilidad | NORMAL |
| Puntos dolorosos | NEGATIVO |
| Pulsos | NORMAL |
| Fuerza | NORMAL |
| Deformidad | NEGATIVO |
| Amputaciones | NEGATIVO |
| Hongos | NEGATIVO |

Descripcion de Hallazgos

Acude paciente a clinica se le brinda la atencion y pasa a valoracion medica

Diagnosticos

Paciente cumple criterios condicionados
 Recomendados: Seguir indicaciones reportadas en audiometría, valoración por parte de medico familiar para tratamiento por dislipidemia, mejora de habitos dietéticos, ejercicio de tipo aerobico de bajo impacto 30 min 5 veces por semana, valoración por parte de nutrición para dieta baja en trigliceridos

Dr. ANTONIO CRUZ NABOR MERCADILLO

Nombre del medico

12569411

Cedula profesional



Firma