

Fecha: 30/09/2024 Empresa: ACATEO Puesto: ELECTRICISTA  
 Nombre: EDGAR MUNGUIA GASPAS Genero: Hombre  
 Edad: 28 Fecha de nacimiento: 03/01/1996  
 Domicilio: CAMINO REAL PINOS ZACATECAS Numero: 2 Colonia: SUSPIRO PICACHO  
 Ciudad: SAN LUIS POTOSI Estado: SAN LUIS POTOSI Telefono: 4444526931  
 Estado Civil: SOLTERO Escolaridad: PREPARATORIA

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

### Antecedentes laborales

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

### Antecedentes Heredo-Familiares

|       | Vive | Edad | Sano | Padecimientos |
|-------|------|------|------|---------------|
| Padre | SI   | 52   | SI   |               |
| Madre | SI   | 48   | SI   |               |

Numero de hermanos: 0 Vivos  Sanos: SI Finados

| Enfermedad   | Parentesco | Descripcion     |
|--------------|------------|-----------------|
| Cancer       | NO         |                 |
| Diabetes     | ABUELA     | DM 2 CONTROLADA |
| 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 | DESCONOSE |
| Tabaquismo           | NEGATIVO  | Cigarros al dia             |         | Durante:  |           |
| Alcoholismo          | NEGATIVO  | Frecuencia                  | NINGUNA |           |           |
| Dependencias         | NEGATIVO  | Ult. Con                    |         | Sustancia |           |

### Antecedentes Gineco-obstetricos

Menarca: \_\_\_\_\_ Menopausia \_\_\_\_\_ Dismorrea: NO IVSA \_\_\_\_\_  
VSA NO G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_  
Causa: \_\_\_\_\_ FUM: \_\_\_\_\_  
MPF: \_\_\_\_\_ PAP: \_\_\_\_\_  
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          | SI |
| Salida de secrecion por nariz    | SI |
| 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                            | SI |
| Evacuaciones con sangre                   | NO |

Comentarios 

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| TELEFONO DE EMERGENCIA 4443419732 DANIELA TENORIO |
|---------------------------------------------------|

Realiza algun tipo de ejercicio: NO Cual: \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_

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

Cual es su mano mas habil para trabajar: DERECHA

|           |             |       |               |               |      |       |             |    |
|-----------|-------------|-------|---------------|---------------|------|-------|-------------|----|
| Peso:     | <u>76</u>   | kg    | TA:           | <u>100/70</u> | mmHg | FR:   | <u>18</u>   | x' |
| Estatura: | <u>1.70</u> | m     | FC:           | <u>78</u>     | x'   | T:    | <u>36.5</u> | C  |
| IMC:      | <u>26.3</u> | Kg/m2 | P. Abdominal: | <u>93</u>     | cm   | SpO2: | <u>96</u>   | %  |

### 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: NORMAL

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

|                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------|
| INGRESA PACIENTE SE LE BRINDA LA ATENCION QUEDANDO A VALORACION MEDICA |
|------------------------------------------------------------------------|

Diagnosticos

Dra. Ilse Gabriela Acosta Puente

Nombre del medico

Cedula profesional

Firma