

Fecha: 30/10/2024 Empresa: Aisan Puesto: Operadora  
 Nombre: Marcela Lugo Burgos Genero: Mujer  
 Edad: 41 Fecha de nacimiento: 03/07/1983  
 Domicilio: Gante Numero: 134 Colonia: Urbivilla del reL  
 Ciudad: Slp Estado: Slp Telefono: 4444060514  
 Estado Civil: Unión libre Escolaridad: Primaria

| Hijos | Genero | Edad | Sano | Observaciones |
|-------|--------|------|------|---------------|
| 1     | Mujer  | 14   | SI   |               |
| 2     | Mujer  | 12   | SI   |               |
| 3     |        |      |      |               |

### Antecedentes laborales

Antigüedad en la empresa: 6a Antigüedad en el puesto actual: 6m  
 Actividad que realiza: Operador de produccion  
 Ha sufrido algun accidente: NO Cuando?   
 Que le sucedio?   
 En su puesto actual a que esta expuesto? NINGUNO  
 Cargas: especifique kg: 5 Agacharse continuamente: NO  
 Quimicos especifique:  levantar brazos por encima de los hombros: NO  
 Que tipo de proteccion personal utiliza ZAPATO DE SEGURIDAD Otro: Guantes, faja, gorra , lentes  
 A sufrido alguna enfermedad a causa del trabajo? NO Cual:

### Antecedentes Heredo-Familiares

|       | Vive | Edad | Sano | Padecimientos |
|-------|------|------|------|---------------|
| Padre | SI   | 70   | SI   | Dm2 y has     |
| Madre | SI   | 65   | SI   |               |

Numero de hermanos: 2 Vivos 2 Sanos: SI Finados

| Enfermedad   | Parentesco | Descripcion |
|--------------|------------|-------------|
| Cancer       |            |             |
| Diabetes     | Padre      |             |
| Hipertension | Padre      |             |
| Cardiopatias |            |             |
| Nefropatias  |            |             |
| Neurologias  |            |             |
| Neumopatias  |            |             |
| Otras        |            |             |

| Enfermedad           | Resultado | Descripcion / Observaciones                         |         |           |  |
|----------------------|-----------|-----------------------------------------------------|---------|-----------|--|
| Cronico-degenerativo | NEGATIVO  |                                                     |         |           |  |
| Traumaticos          | NEGATIVO  |                                                     |         |           |  |
| Quirurgicos          | POSITIVO  | Colecistectomia hace 3 años, 2 cesáreas 2010 y 2012 |         |           |  |
| Alergicos            | NEGATIVO  |                                                     |         |           |  |
| Transfucionales      | NEGATIVO  | Fecha                                               |         | Tipo y RH |  |
| Tabaquismo           | NEGATIVO  | Cigarros al dia                                     |         | Durante:  |  |
| Alcoholismo          | NEGATIVO  | Frecuencia                                          | NINGUNA |           |  |
| Dependencias         | NEGATIVO  | Ult. Con                                            |         | Sustancia |  |

|          |     |            |     |            |              |      |     |
|----------|-----|------------|-----|------------|--------------|------|-----|
| Menarca: | 13  | Menopausia |     | Dismorrea: | NO           | IVSA | 19  |
| VSA      | NO  | G 2        | P 0 |            | A 0          |      | C 2 |
| Causa:   |     |            |     | FUM:       | Sep 24       |      |     |
| MPF:     | Otb |            |     | PAP:       | 2023, normal |      |     |
| TX:      | NO  |            |     | Alt Mama:  | NO           |      |     |

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

Comentarios

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>71</u>   | kg    | TA:           | <u>110/80</u> | mmHg | FR:   | <u>18</u> | x' |
| Estatura: | <u>1.56</u> | m     | FC:           | <u>71</u>     | x'   | T:    | <u>36</u> | C  |
| IMC:      | <u>29</u>   | Kg/m2 | P. Abdominal: | <u>102</u>    | cm   | SpO2: | <u>98</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                                                     |
| Enfermedad cardíaca congénita actualmente asintomática, refiere dextrocardia |
| Ausencia de una pieza dental                                                 |

|              |
|--------------|
| Diagnosticos |
| Sobrepeso    |

|                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Dra Ilse Gabriela Acosta Puente                                                       |
| Nombre del medico                                                                     |
| 10531066                                                                              |
| Cedula profesional                                                                    |
|  |
| Firma                                                                                 |