

Fecha: 01/11/2024 Empresa: AISAN Puesto: \_\_\_\_\_  
 Nombre: Juan pablo Sanchez Blanco Genero: Hombre  
 Edad: 27 Fecha de nacimiento: 12/10/1997  
 Domicilio: Privada Adolfo López Mateos Numero: 11 Colonia: La Tinaja  
 Ciudad: SLP Estado: SLP Telefono: 4446331480  
 Estado Civil: Soltero Escolaridad: Preparatoria

| 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? \_\_\_\_\_  
 Que le sucedio? \_\_\_\_\_  
 En su puesto actual a que esta expuesto? NINGUNO  
 Cargas: especifique kg: \_\_\_\_\_ Agacharse continuamente: NO  
 Quimicos especifique: Desengrasantes levantar brazos por encima de los hombros: NO  
 Que tipo de proteccion personal utiliza UNIFORME Otro: es, guantes, zapatos de seguridad  
 A sufrido alguna enfermedad a causa del trabajo? NO Cual: \_\_\_\_\_

### Antecedentes Heredo-Familiares

|       | Vive | Edad | Sano | Padecimientos            |
|-------|------|------|------|--------------------------|
| Padre | SI   | 57   | NO   | Evento cerebral vascular |
| Madre | SI   | 51   | NO   | Hipertension arterial    |

Numero de hermanos: 3 Vivos 3 Sanos: SI Finados \_\_\_\_\_

| Enfermedad   | Parentesco     | Descripcion     |
|--------------|----------------|-----------------|
| Cancer       |                |                 |
| Diabetes     | Abuela materna | Diabetes tipo 2 |
| Hipertension |                |                 |
| Cardiopatias |                |                 |
| Nefropatias  |                |                 |
| Neurologias  |                |                 |
| Neumopatias  |                |                 |
| Otras        |                |                 |

### 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                  | S |           |  |
| 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 | 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    | SI | 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                     | SI |
| Varices en piernas o hemorroides | NO | Usa lentes                                | NO |
| Vomito intenso                   | NO | Tiene tatuajes                            | NO |
| Ardor estomacal, agruras         | SI | Evacuaciones con sangre                   | NO |

Comentarios

Realiza algun tipo de ejercicio:

SI

Cual:

Futbol

Frecuencia:

Una vez por semana

Tiene algun impedimento fisico en sus pies para usar zapatos de seguridad?

NO

Cual es su mano mas habil para trabajar:

DERECHA

Peso:

75.5

kg

TA:

147/88

mmHg

FR:

16

x'

Estatura:

1.74

m

FC:

78

x'

T:

36

C

IMC:

25

Kg/m2

P. Abdominal:

74

cm

SpO2:

96

%

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     | ANORMAL     | ANORMAL       | 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

Diagnosticos

Clínicamente sano

Dra Ilse Gabriela Acosta Puente

Nombre del medico

10531066

Cedula profesional



Firma