

Fecha: 17/02/2025 Empresa: VALEO Puesto: SEGURISTA
 Nombre: CARLOS ALBERTO MENDEZ LARRAGA Genero: Hombre
 Edad: 29 Fecha de nacimiento: 29/08/1995
 Domicilio: PRIVADA ALFONCINA ESTORNI Numero: 200 INT 2B Colonia: LAS PALOMAS
 Ciudad: SAN LUIS POTOSI Estado: SAN LUIS POTOSI Telefono: 4446578230
 Estado Civil: CASADO Escolaridad: LIC.EDIFICACION

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: SUPERVISION DE OBRA
 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: 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	64 AÑOS	SI	
Madre	SI	68 AÑOS	SI	HEPERTENSA CONTROLADA

Numero de hermanos: 2 Vivos 2 Sanos: SI Finados

Enfermedad	Parentesco	Descripcion
Cancer	NEGADO	
Diabetes	DS MATERNOS Y ABUELA PA	ABUELA MATERNA ,ABUELO PATERNO FINADO
Hipertension	MADRE	CONTROLADA
Cardiopatias	NEGADO	
Nefropatias	MEGAO	
Neurologias	NEGADO	
Neumopatias	NEGADO	
Otras	NEGADO	

Antecedentes personales

Enfermedad	Resultado	Descripcion / Observaciones			
Cronico-degenerativo	NEGATIVO				
Traumaticos	NEGATIVO				
Quirurgicos	NEGATIVO				
Alergicos	NEGATIVO				
Transfucionales	NEGATIVO	Fecha		Tipo y RH	
Tabaquismo	POSITIVO	Cigarros al dia	3	Durante:	SEMANALES
Alcoholismo	POSITIVO	Frecuencia		Q	
Dependencias	NEGATIVO	Ult. Con		Sustancia	

Antecedentes Gineco-obstetricos

Menarca: _____ Menopausia _____ Dismorrea: NO IVSA 18 AÑOS
VSA SI G P A C
Causa: _____ FUM: _____
MPF: PRESERVATIVO PAP: _____
TX: NO Alt Mama: NO

Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

Varicela	SI
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	SI
Usa lentes	SI
Tiene tatuajes	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>83</u>	kg	TA:	<u>129/89</u>	mmHg	FR:	<u>18</u>	x'
Estatura:	<u>1,69</u>	m	FC:	<u>53</u>	x'	T:	<u>36.4</u>	C
IMC:	<u>29.1</u>	Kg/m2	P. Abdominal:	<u>101</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: UENA CON LENTE

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

PACIENTE ACUDE A CLINICA SE LE BRINDA LA ATENCION Y PASA A VALORACION MEDICA

Diagnosticos

Dra Ilse Gabriela Acosta Puente

Nombre del medico

10531066

Cedula profesional



Firma