



Universidad del Sureste



Escuela de Medicina

“Historia clinica”

Materia:

Medicina del Trabajo

Docente:

Domínguez Silva Ana Laura

Alumno:

Tarsis Andrea Guillén Narváez

Semestre:

5° “A”

HISTORIA CLINICA

1. Ficha de identificación

Nombre del paciente											
Edad					Sexo						
Estado civil					Escolaridad						
Domicilio					Municipio			Localidad			
Ocupación											
Nombre de la empresa						Puesto					

2. Historia clínica ocupacional

Oficios desempeñados		Tiempo		Exámenes diagnósticos	ATEP		Secuelas		Indemnización		
Empresa	Ocupación	Años	Meses		Si	No	Si	No	Si	No	Fecha
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
Actual											

Describir tipo de accidentes, lesiones, y/o secuelas

Factor de riesgo		t. exposición						Factores de riesgo	T. de exposición						
		Empresa							Empresa						
		1	2	3	4	5	A		1	2	3	4	5	A	
Físico	Calor							Químico	Neblinas						
	Frio								Humos						
	Alta iluminación								Polvo						
	Baja iluminación								Líquidos						
	Presión								Gases						
	Radiación no ionizante								Vapores						
	Radiación ionizante								Contacto producto químico						
	Ruido														
	Vibración														

Factor de riesgo		t. exposición						Factores de riesgo	T. de exposición						
		Empresa							Empresa						
		1	2	3	4	5	A		1	2	3	4	5	A	
FQcQ	Incendio							Psicolaboral	Atención pública						
	Explosión								Monotonía						
Ergonómico	Sentado prolongado								Sobre carga laboral						
	De pie prolongado								Turnos						
	Movimientos repetitivos								Alto ritmo laboral						
Eléctrico	Levantamiento de cargas								Conflicto relación interpersonal						
	Contacto indirecto														
	Contacto directo														
	Carga estática														

Factor de riesgo		t. exposición						Factores de riesgo	T. de exposición						
		Empresa							Empresa						
		1	2	3	4	5	A		1	2	3	4	5	A	
Biológico	Contacto con animales							Locativo	Orden y aseo deficiente						
	Microrganismos								Instalaciones en mal estado						
	Fluido corporal									Almacén deficiente					
									Elementos cortantes						
Factores de riesgo		T. de exposición						Uso de protección personal							
		Empresa													
		1	2	3	4	5	A	Si			No				
Mecánicos	Caídas														
	Herramienta manual														
	Maquinas														
	Proyecciones														

3. Antecedentes heredofamiliares

Patología	Si	No	Parentesco	Patología	Si	No	Parentesco
Diabetes				Reumatológicos			
Cardiovascular				Neurológicos			
Cáncer				Mentales			
Respiratorios				Digestivos			
TBC				Otros			

4. Antecedentes personal patológico

Traumáticos	No	Si	Describir	Alérgicos	No	Si	Describir
Fracturas				Asma			
Luxaciones				Rinitis			
Esguinces				Dermatitis			
Otros traumas				Urticaria/Otros			
ORL	No	Si	Describir	Endocr. /Metabólico	No	Si	Describir
Otitis				Dislipidemia			
Sinusitis				Diabetes			
Hipoacusia				Enf. Tiroidea			
Otras				Obesidad/Otros			
Osteomuscular	No	Si	Describir	Digestivas	No	Si	Describir
Trast. Columna				Gastritis			
Tendinitis				Úlceras			
S. Túnel Carpiano				Colitis			
Osteoartritis				Otros			
Cardiovascular y Respiratorio	No	Si	Describir	Urología	No	Si	Describir
HTA				Litiasis Renal			
IAM				Inf. Urinarias			
EPOC				Tumorales	No	Si	Describir
Bronquitis				Tóxicos			
Quirúrgico	No	Si	Describir	Transfunciones			
Int. Quirúrgicas/ Cirugías				Otros			

5. Antecedentes Gineco obstétricos

Ciclos:	FUM:	G:	P:	C:	A:	Vivos:	FUP:
Dismenorrea: Si / No		MPF:		Ult. Papanicolau:		Ult. Mastografía:	

6. Estilos de Vida y hábitos

Tabaquismo: Si ____ No ____ Años de Hábito: Ex fumador: Si ____ No ____ Hace cuanto:	Consumo de Alcohol: Si ____ No ____ Consumo de drogas: Si ____ No ____
Hábitos de ejercicio: Si ____ No ____ Frecuencia:	Lesiones por deporte: Si ____ No ____

7. Interrogatorio por aparatos y sistemas

A) Aparato digestivo	
B) Aparato respiratorio	
C) Aparato urinario	
D) Aparato Genital	
E) Aparato Cardiovascular	
F) Sistema Endocrino vegetativa	
G) Sistema Hematopoyético	
H) Sistema nervioso	
I) Sistema musculo esquelético	
J) Piel y tegumentos	

8. Exploración física

Peso		FR:		TA	
Talla		Temp			
FC:		SpO2			

A) Inspección general			
B) Cabeza	Aspectos generales		
	sentidos	Ocular	
		Auditivo	
		Gustativo	
Olfatorio			
C) Cuello			
D) Tórax			
E) Abdomen			
F) Genitales			
G) Sistema locomotor			

9. Diagnostico

10. Plan terapéutico:	Incapacidad	
	Si	No
	Tiempo:	

Nombre y firma del doctor a cargo _____

