

Formato de Historia Clínica

---

Materia: Medicina del Trabajo

Alumnos: Roberto Gómez Albores

Catedrático: Dra. Domínguez Silva Ana Laura

5 "A"

Historia Clínica Ocupacional

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Fecha: \_\_\_\_\_

Interrogatorio: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Edo. Civil: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Escolaridad : \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: : \_\_\_\_\_

Residencia: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Personal responsable: \_\_\_\_\_

Relación paciente: \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN LABORAL

Puesto de trabajo:	Nombre del cargo:	Fecha de ingreso:	Horas laborales:	Horario
Area del trabajo:	Tipo de trabajo:	Dirección de la empresa	Ciudad	Antigüedad
Actividad de la empresa	Tipo de empresa	Teléfono:	Trabajos antiguos	
Descripción del cargo de trabajo:				

RIESGOS OCUPACIONALES EN EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIORES

Nombre de la empresa	Ocupación/Oficio	Tiempo
1.		
2.		
3.		

FACTORES DE RIESGO:

FISICOS		QUIMICOS		ERGINOMICOS		PSICOLABORAL	
Calor		Neblinas		Sentado prolo.		Atención public.	
Frio		Humos		De pie prolo.		Monotonía	
Alta iluminac.		Polvos		Movi. Repet.		Sobrecarga lab.	
Baja iluminac.		Líquidos		Levant. De cargas		Turnos	
Ruido		Gases		Otros:		Alto ritmo lab.	
Otro:		Otros:				Otros:	
PUBLICO		BIOLOGICO		LOCATIVO		MECANICO	
Transito		Animales		Aseo defic.		Caída	
Secuestro		microorganismos		Instalación mal		Maquinas	
Deportivo		Fluido corporal		Almacen defic.		Herra manual.	
Otros:		Otros:		Otros:		Otros:	

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Patología	Si	No	Línea paterna	Parentesco	Línea materna	Parentesco
Diabetes						
Cardiovascular						
Cáncer						
Respiratorio						
Malformaciones						
Alergias						
Otros:						

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS**

DEPORTE	OBSERVACIONES:
HIGIENE	OBSERVACIONES:
ALIMENTACION	OBSERVACIONES:
HABITACION Y SERVICIOS BASICOS	OBSERVACIONES:
ZONOSIS	OBSERVACIONES:

**ANTECEDENTES GNECO-OBSTRETICOS**

Menarca: \_\_\_\_\_ VSA: \_\_\_\_\_ FUR: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ MPF: \_\_\_\_\_  
 Cesarea: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_ FPP: \_\_\_\_\_ Planificación: si \_\_\_ no \_\_\_

**ANTECEDENTES PATOLOGICOS**

Quirúrgico: \_\_\_\_\_ Traumático: \_\_\_\_\_ Alérgicos: \_\_\_\_\_ Transfusiones: \_\_\_\_\_ Intoxicaciones: \_\_\_\_\_ Hospitalizaciones: \_\_\_\_\_  
 Tabaquismo: \_\_\_\_\_ Alcoholismo: \_\_\_\_\_ Toxicomanías: \_\_\_\_\_

Observaciones:

**PADECIMIENTO ACTUAL**

--

## INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Aparato y/o sistema	Observaciones:
Neurológico	
Cardiovascular	
Respiratorio	
Musculo esquelético	
Sistema Hemolinfatico	

### EXPLORACION FISICA

Órgano	Normal	Anormal	Hallazgo
Cabeza y cuello			
Ojos			
Oídos			
Nariz			
Orofaringe			
Torax			
Abdomen			
Genitales			
Extremidades			
Neurológico			
Piel			

### PLAN DE ESTUDIO (LABORATORIOS Y GABINETE)

### DIAGNOSTICO

SOSPECHA DE ENFERMEDAD PRODESIONAL: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ CUAL: \_\_\_\_\_

APTITUD LABORAL: APTO \_\_\_\_\_ APTO CON RESTRICCIONES \_\_\_\_\_ NO APTO \_\_\_\_\_

APLAZADO \_\_\_\_\_  
PERIODICO: PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR \_\_\_\_\_ RETIRO: SATISFACTORIA \_\_\_\_\_  
NO SATISFACTORIA \_\_\_\_\_

PLAN DE MANEJO

PRONOSTICO

RECOMENDACIONES

MEDICO:  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Licencia en salud ocupacional: \_\_\_\_\_

Trabajador:  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Cedula: \_\_\_\_\_

