



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

“Historia clínica laboral”

Materia:

Introducción a la medicina de trabajo.

Docente:

Dra. Ana Laura Domínguez Silva

Alumno:

Oscar Miguel Sánchez Argüello

Semestre:

5° “A”

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

Dependencia: _____ Departamento y Ciudad: _____ Número Consecutivo de historia: _____

Examen Médico Ocupacional: Ingreso:

| | | | |
|--------|---|---|--|
| Fecha: | | | |
| D | M | A | |

 Periódico:

| | | | |
|--------|---|---|--|
| Fecha: | | | |
| D | M | A | |

 Reintegro:

| | | | |
|--------|---|---|--|
| Fecha: | | | |
| D | M | A | |

 Retiro:

| | | | |
|--------|---|---|--|
| Fecha: | | | |
| D | M | A | |

1. IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos: _____ Número de identificación: _____ de _____

Lugar de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: F__ M__ Edad: _____ años

Estado civil: S__ C__ UL__ Sep__ V__ Escolaridad: Básica__ Media__ Técnica__ Universidad__ Postgrado__ Profesión: _____

Cargo: _____ Fecha de ingreso: _____ Antigüedad: _____ años

Funciones principales: Administrativa__ Desplazamiento fuera del edificio__ Mantenimiento__ Fotocopiado__
Atención telefónica__ Conducción de vehículos__ Otro (¿Cual?): _____

E.P.S. (Salud): _____ A.F.P. (Pensiones): _____ A.R.P. (Riesgos): _____

2. HISTORIA OCUPACIONAL

| Oficios desempeñados: | Tiempo | | Exámenes | | | | ATEP | | Secuelas | | Indemnizado | | | | |
|---|----------------|--------------------|----------|-------|------|-------|------|----|----------|----|-------------|----|----|----|-------|
| | Empresa / Área | Ocupación / Oficio | Años | Meses | Ing. | Peri. | Ret. | No | No | Si | No | Si | No | Si | Fecha |
| 1. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Actual: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prestó servicio militar: Si__ No__ Tiempo _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Describir tipo de accidente, lesiones y/o secuelas: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Enfermedad Profesional Calificada por ARP: | | | | | | | | | | | | | | | |

| Factor de Riesgo | T. exposición (h) | | | | | Factor de Riesgo | T. exposición (h) | | | | | Factor de Riesgo | T. exposición (h) | | | | | Factor de Riesgo | T. exposición (h) | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|---|---|---|---|------------------|-------------------|-----------------|---|---|---|------------------|-------------------|----------|------------------------|---|---|------------------|-------------------|---|-------------|------------------|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|
| | Empresa | | | | | | Empresa | | | | | | Empresa | | | | | | Empresa | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | A | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | A | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | A | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | A | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | A |
| Físico | Calor | | | | | | Químico | Neblinas | | | | | | Ergonóm. | Incendio | | | | | | Psicopatol. | Atención públ. | | | | | | | | | | | | |
| | Frio | | | | | | | Humos | | | | | | | Explosión | | | | | | | Monotonía | | | | | | | | | | | | |
| | Alta iluminac. | | | | | | | Polvos | | | | | | | Sentado prolong. | | | | | | | Sobrecarga | | | | | | | | | | | | |
| | Baja iluminac. | | | | | | | Líquidos | | | | | | | De pie prolongado | | | | | | | laboral | | | | | | | | | | | | |
| | Presión | | | | | | | Gases y | | | | | | | Movim. repetitivos | | | | | | | Turnos | | | | | | | | | | | | |
| | Rad. No ioniz. | | | | | | | Vapores | | | | | | | Levant. de cargas | | | | | | | Alto ritmo labor | | | | | | | | | | | | |
| | Rad. ioniz. | | | | | | | Contacto | | | | | | | Cont. Eléct. Directo | | | | | | | Conflicto | | | | | | | | | | | | |
| | Ruido | | | | | | | Producto | | | | | | | Cont. Eléct. Indirecto | | | | | | | relación | | | | | | | | | | | | |
| | Vibración | | | | | | | Químico | | | | | | | Carga Estática | | | | | | | interpersonal | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Público | Tránsito | | | | | | Biológico | Contacto con: | | | | | | Locativo | Orden y aseo defici. | | | | | | Mecánicas | Caidas | | | | | | | | | | | | |
| | Terrorismo | | | | | | | Animales | | | | | | | Instalac. mal estado | | | | | | | Herra. Manual | | | | | | | | | | | | |
| | Secuestro | | | | | | | Microorganismo | | | | | | | Almacén. deficiente | | | | | | | Máquinas | | | | | | | | | | | | |
| | Deportivo | | | | | | | Fluido corporal | | | | | | | Elementos cortantes | | | | | | | Proyecciones | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uso de Elementos de Protección Personal (EPP): Si: _____ No: _____ Ocasional: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Actividades Extralaborales:

3. HISTORIA FAMILIAR

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

4. HISTORIA PERSONAL

| Traumáticos | No | Si | Describir | Alérgicos | No | Si | Describir (agente) |
|---------------------|----|----|-----------|-------------------------------|----|----|--------------------|
| Fracturas | | | | Asma | | | |
| Luxaciones | | | | Rinitis | | | |
| Esguinces | | | | Dermatitis | | | |
| Otros traumas | | | | Urticaria/otros | | | |
| ORL | No | Si | Describir | Endocrin./Metaból. | No | Si | Describir |
| Otitis | | | | Dislipidemia | | | |
| Sinusitis | | | | Diabetes | | | |
| Hipoacusia | | | | Enf. Tiroideas | | | |
| Otras | | | | Obesidad/otros | | | |
| Osteomuscular | No | Si | Describir | Digestivas | No | Si | Describir |
| Trastornos columna | | | | Gastritis | | | |
| Tendinitis/bursitis | | | | Úlceras | | | |
| S. Túnel Carpiano | | | | Colitis | | | |
| Osteoartritis/otros | | | | Otros | | | |
| Infecciosas | No | Si | Describir | Cardiovascular y respiratorio | No | Si | Describir |
| ETS | | | | Hipertensión | | | |
| TBC | | | | Infarto | | | |
| Hepatitis | | | | Angina | | | |
| Zoonosis | | | | Epoc | | | |
| igdalitis crónica | | | | Bronquitis | | | |

| | | | | | | | |
|----------------------|----|----|-----------|-----------------|----|----|-----------|
| Otras | | | | Várices / otros | | | |
| Neurológica / mental | No | Si | Describir | Urológica | No | Si | Describir |
| Epilepsia | | | | Litiasis Renal | | | |
| Migraña/cefaleas | | | | Infec. Urinaria | | | |
| Psiquiátricas | | | | Tumorales | No | Si | Describir |
| Vértigo/otras | | | | Tóxicos | No | Si | |
| Hematológicas | No | Si | | Transfusionales | No | Si | |
| Quirúrgicos | No | Si | Describir | Medicamentos | No | Si | |

Aclaración de la historia personal:

5. HISTORIA GINECOBISTETICA

| | | | | | | | |
|----------------------------|------|--------------------------------|----|----|-------------------------|--------|--------------------------|
| Ciclos: / | FUM: | G: | P: | C: | A: | Vivos: | FUP: |
| Dismenorrea: Si ___ No ___ | | Método de planificación: _____ | | | Última Citología: _____ | | Última Eco. Mamas: _____ |

6. ESTILOS DE VIDA

| | |
|---|--|
| 6.1 Tabaquismo: No ___ Si ___ : Eventual a <5: ___ Habitual (6-10): ___ Compulsivo (11o mas): ___ | |
| Años de hábito: 1-5 ___ 6-10 ___ 11-20 ___ >20 ___ | |
| 6.2 Licor: No ___ Si ___ Ocasional ___ | 6.3 Drogadicción: No ___ Si ___ Tipo de droga: _____ |
| Exfumador ___ Dejo de fumar: <1año ___ 1-5 ___ 6-10 ___ >10años ___ | |
| 6.4 Hábitos de ejercicio: No ___ Si ___ ¿Cuál? _____ Frecuencia: _____ | |
| Lesiones deportivas: No ___ Si ___ ¿Cuál? _____ | |

| 7. REVISIÓN POR SISTEMAS | | | | | | |
|--------------------------|---|---|-----------|------------------|-----|-----------|
| Sistema | N | S | Describir | Sistema | N S | Describir |
| Órganos de los sentidos | | | | Gastrointestinal | | |
| Neurológico / mental | | | | Genitourinario | | |
| Cardiorrespiratorio | | | | Osteomuscular | | |
| Metabólico y endocrino | | | | Piel y anexos | | |

| 8. EXAMEN FÍSICO | | | | | | |
|------------------|-----|-----------|---------|----------------|-------|----------------|
| Peso: | Kg. | Estatura: | metros | IMC: | P.A.: | / |
| Estado General: | | Normal | Anormal | Estado Mental: | | Normal Anormal |
| Diestro: | | Zurdo: | | Ambidiestro: | | |

| 8.1 Cabeza | | | | | | |
|---------------|--------------|--------|---------------|-----------|------------|-------------|
| | | Normal | Anormal | Describir | | |
| Cráneo | | | | | Normal | Anormal |
| Ojos | Párpados | | | | Nariz | Inspección |
| | Conjuntiva | | | | | Mucosa |
| | Escleras | | | | | Tabique |
| | Córnea | | | | | Cometes |
| | Iris-pupilas | | | | | Senos |
| | Fondo de ojo | | | | | Paranasales |
| Oídos | Pabellones | | | | Orofaringe | Paladar |
| | Conductos | | | | | Mucosas |
| | Timpanos | | | | | Lengua |
| Visiometría | | | Observaciones | | | |
| Carta Snellen | OD | OI | AO | | | |
| Cercana | 20/ | 20/ | 20/ | | | |
| Lejana | 20/ | 20/ | 20/ | | | |
| Corrección | 20/ | 20/ | 20/ | | | |
| 8.2 Cuello | | Normal | Anormal | Describir | | |
| Inspección | | | | | | |
| Palpación | | | | | | |
| Adenopatías | | | | | | |

| 8.3 Tórax | | | | | | |
|----------------------|----------------|---------|-----------|-----------|------------------|--------------|
| | | Normal | Anormal | Describir | | |
| Pulmonar | Inspección | | | | Glándula Mamaria | Inspección |
| | Palpación | | | | | Palpación |
| | Percusión | | | | | Pezones |
| | Auscultación | | | | | Cicatrices |
| Corazón | Normal | Anormal | Describir | | | Secreción |
| P.M.I | | | | | | |
| Ritmo | | | | | | |
| Ruidos | | | | | | |
| Soplos | | | | | | |
| 8.4 Abdomen | | Normal | Anormal | Describir | | |
| Inspección | | | | | | |
| Palpación (Megalias) | | | | | | |
| Percusión | | | | | | |
| Auscultación | | | | | | |
| Masas | | | | | | |
| Hemias | | | | | | |
| 8.5 Genitourinario | | | | | | |
| | | Normal | Anormal | Describir | | |
| Hombre | Inspección | | | | Mujer | Inspección |
| | Vello púbico | | | | | Vello púbico |
| | Testículos | | | | | TV / TR |
| | TR (si aplica) | | | | | (si aplica) |

| 8.6 Osteomuscular | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------|------|--------|-------|--------|---------------------|--------|---|---------------------|-------------|---------|----------|------------------------------|-------------|
| Miembros Superiores | | | | | | Miembros Inferiores | | | | | | | | |
| Arcos de movimiento | Anormalidad | | | | PHALEN | | TINNEL | | Arcos de movimiento | Anormalidad | | | | Inspección: |
| | Homb. | Codo | Muñec. | Dedos | D | I | D | I | | Cadera | Rodill. | Cif. pie | Dedos | |
| | D | I | D | I | D | I | D | I | D | I | D | I | Hipertrofia: No Si ¿Cuál? | |
| | D | I | D | I | D | I | D | I | D | I | D | I | Palpación: Normal Anormal | |
| | D | I | D | I | D | I | D | I | D | I | D | I | Sensibilidad: Normal Anormal | |
| | D | I | D | I | D | I | D | I | D | I | D | I | MARCHE: Normal Anormal | |
| | D | I | D | I | D | I | D | I | D | I | D | I | Clasificación: | |
| | D | I | D | I | D | I | D | I | D | I | D | I | Ayudas: | |
| Flexión | | | | | | | | | | | | | | |
| Extensión | | | | | | | | | | | | | | |
| Abducción | | | | | | | | | | | | | | |
| Aducción | | | | | | | | | | | | | | |
| Rot. interna | | | | | | | | | | | | | | |
| Rot. externa | | | | | | | | | | | | | | |
| Pronación | | | | | | | | | | | | | | |
| Supinación | | | | | | | | | | | | | | |
| Desv. ulnar | | | | | | | | | | | | | | |
| Desv. radial | | | | | | | | | | | | | | |
| Oponencia | | | | | | | | | | | | | | |
| Inspección: | | | | | | | | | | | | | | |
| Atrófia: No Si ¿Cuál? | | | | | | | | | | | | | | |
| Hipertrofia: No Si ¿Cuál? | | | | | | | | | | | | | | |
| Palpación: Normal Anormal | | | | | | | | | | | | | | |
| Sensibilidad: Normal Anormal | | | | | | | | | | | | | | |
| MARCHE: Normal Anormal | | | | | | | | | | | | | | |
| Clasificación: | | | | | | | | | | | | | | |
| Ayudas: | | | | | | | | | | | | | | |
| Estructuras anormales (Congénitas, amputaciones, desviaciones, masas, dolor, contracturas): | | | | | | | | | | | | | | |

| 8.7 Columna vertebral | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|---|--------|---|--------|---|------------|---|----------|----|--------|----|--------|----|--|--------|
| Región | Cervical | | Dorsal | | Lumbar | | Escoliosis | | Cervical | | Dorsal | | Lumbar | | Pruebas especiales | |
| | N | A | N | A | N | A | N | A | No | Si | No | Si | No | Si | | |
| Curva | | | | | | | | | | | | | | | Test Schober (movilidad lumbar): _____ cm. | |
| Cifosis | | | | | | | | | | | | | | | Test de Wells (Isquiotibiales): _____ grados | |
| Lordosis | | | | | | | | | | | | | | | Negat. | Posit. |
| Arcos de movimiento | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Flexión | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Extensión | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rotación derecha | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rotación izquierda | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inclinación lateral derecha | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inclinación lateral izquierda | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Balance Muscular | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fuerza de músculos abdominales: Normal Anormal | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fuerza de músculos dorsales: Normal Anormal | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reflejos Normal Anormal Describir | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bicipital | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tricipital | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Patelares | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aquilianos | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Examen neurológico | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 8.8 Vascular perifér. | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Pulsos periféricos | | | | | | | | | | | |
| Várices | | | | | | | | | | | |
| 8.9 Piel y faneras | | | | | | | | | | | |
| Cicatrices | | | | | | | | | | | |
| Tatuajes | | | | | | | | | | | |
| Nevus | | | | | | | | | | | |
| Acne | | | | | | | | | | | |
| Uñas | | | | | | | | | | | |
| Dermatosis / otras | | | | | | | | | | | |
| Pulsos periféricos | | | | | | | | | | | |
| Várices | | | | | | | | | | | |
| Cicatrices | | | | | | | | | | | |
| Tatuajes | | | | | | | | | | | |
| Nevus | | | | | | | | | | | |
| Acne | | | | | | | | | | | |
| Uñas | | | | | | | | | | | |
| Dermatosis / otras | | | | | | | | | | | |

| 9. EXÁMENES DE LABORATORIO | | | | | |
|----------------------------|-------|-----------|--------|-------|---------------------|
| Examen | Fecha | Resultado | Examen | Fecha | Resultado |
| 1. | | | 4. | | |
| 2. | | | 5. | | |
| 3. | | | 6. | | |
| Anotaciones: | | | | | Hemoclasiificación: |

| 10. INMUNIZACIONES | | | | | |
|--------------------|-------|---------------|--------|-------|---------------|
| Vacuna | Fecha | Próxima dosis | Vacuna | Fecha | Próxima dosis |
| | | | | | |
| | | | | | |