



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	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)														
	Empresa						Empresa						Empresa														
	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				Ulceras			
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 GINECOBISTERICA

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.:	/
Pulso:		F.R.:		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		Atrófia: No Si ¿Cuál?
	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	Hipertrofia: No Si ¿Cuál?
					(-)	(+)	(-)	(+)							Palpación: Normal Anormal
					(+) = NEGATIVO (-) = POSITIVO										Sensibilidad: Normal Anormal
Flexión					Inspección:				Flexión						MARCHE: Normal Anormal
Extensión					Atrofia: No Si ¿Cuál?				Extensión						Clasificación:
Abducción					Hipertrofia: No Si ¿Cuál?				Abducción						Ayudas:
Aducción					Palpación: Normal Anormal				Aducción						
Rot. interna					Sensibilidad: Normal Anormal				Rot. interna						
Rot. externa									Rot. Extern.						
Pronación									Inversión						
Supinación									Eversión						
Desv. ulnar									Estructuras anormales (Congénitas, amputaciones, desviaciones, masas, dolor, contracturas):						
Desv. radial															
Oponencia															

8.7 Columna vertebral																
Región	Cervical		Dorsal		Lumbar		Escoliosis		Cervical		Dorsal		Lumbar		Pruebas especiales	
	N	A	D	N	A	D	N	A	No	Si	No	Si	No	Si	Test Schober (movilidad lumbar): _____ cm.	
Curva																Test de Wells (Isquiotibiales): _____ grados
Cifosis																Negat. Posit.
Lordosis																
Arcos de movimiento	Cervical		Dorsolumbar		Dolor		Espasmo									
	Normal	Anorm.	Normal	Anorm.	No	Si	No	Si								
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.	Normal	Anormal	Describir	
Pulsos periféricos				
Várices				
8.9 Piel y faneras	Normal	Anormal	Describir	
Cicatrices				
Tatuajes				
Nevus				
Acne				
Uñas				
Dermatitis / otras				

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

10. INMUNIZACIONES					
Vacuna	Fecha	Próxima dosis	Vacuna	Fecha	Próxima dosis