

Universidad del Sureste Escuela de Medicina

HISTORIA CLÍNICA LABORAL.

Materia:

Medicina del trabajo.

Docente:

Dra. Domínguez Silva Ana Laura.

Semestre:

5“A”.

Alumno:

Jesús Alberto Perez Domínguez.

HISTORIA CLINICA

Datos generales

Nombre completo: _____

Apellidos: _____

Raza: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____ De _____ Del Año

Lugar de nacimiento: _____

Estado civil: _____ Religión: _____

Ocupación actual: _____ ocupación anterior: _____

Escolaridad: _____

Dirección actual: _____

Número de Teléfono (casa o celular): _____

En caso emergencias avisar a: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

DESCRIPCIÓN DEL CARGO

Fecha de Ingreso:		Fecha de Egreso:		Antigüedad:	
Ciudad o Municipio	Nombre del Cargo:	Dedicación		Estamento:	
Dependencia:		Puesto de Trabajo:		Teléfono:	
Tipo de Vinculación:		Libre Nombramiento y Remoción.		Indefinida o Carrera Administrativa	
Nombramiento Provisional		Supernumerario.		Docente en periodo de prueba.	
Breve descripción del cargo:					
Probables factures. agentes de riesgo y use de E.P.P.					

RIESGOS OCUPACIONALES EN EMPRESA ACTUAL Y ANTERIORES

Nombre de la empresa donde labora <small>(Inicie con la última)</small>	Nombre de los cargos desempeñados en cada empresa	Tiempo (años y meses) de exposición	Físicos	Químicos	Carga Física	Biologicos	Psicosociales	Seguridad

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Enfermedad Profesional: Si No Cual: _____
 Empresa: _____ ARP: _____ Fecha: _____

Accidente de Trabajo: Si _____ No _____ Perdida de la capacidad laboral: _____
 Fecha: _____ Empresa: _____ ARP: _____ Lesión: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

<input type="checkbox"/> Patologicos	<input type="checkbox"/> Quirúrgico	<input type="checkbox"/> Traumáticos	<input type="checkbox"/> Toxico-alergicos	<input type="checkbox"/> Psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Transfusiones
--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---	--	--

Observaciones: _____

Gineco: M: _____ **Ciclos:** X _____ **FUR:** G P C A _____
Planifica: _____ **Cual:** _____
Fecha: _____ **Si No:** _____
Ultima: _____ **citologia:** _____ **Resultado:** _____

Vacunación	Fecha Ultima dosis	Fecha ultima dosis	Fecha ultima
Tetanus •		Rabia 1.	VHB •
Fiebre Amarilla .		BCG <input type="checkbox"/>	Otras:

HÁBITOS

Fumó: Fuma: Si: _____ cigarillo/dia No: Tiempo de exposición:	Ingirió licor: Si: _____ ingiere licor: NO: _____ Tiempo de exposición:	Uso o usa sustancias psicoactivas: Si: _____ NO: _____ Frecuencia:	Ejercicio formal Si: _____ No: _____ Frecuencia
--	--	---	--

ANTECEDENTES FAMILIARES

REVISION POR SISTEMAS

Piel y faneras	Oftalmológico	ORL	Pulmonar	Gastrointestinal
Genitourinario	Neurológica	Osteomuscular	Alteración Física (congenita o adquirida)	Restricciones: (físicas o alimentarias)

OBSERVACIONES:

REVISION POR SISTEMAS

TENSIÓN ARTERIAL: FC: TALLA PESO IMC	Lateralidad Dominante: <input type="checkbox"/> Diestro <input type="checkbox"/> Zurdo <input type="checkbox"/> Ambidiestro	Interpretación IMC: Baja Peso: < 18.5 Normal: 18.5 — 24.9 Sobrepeso: 25 29.9 Obesidad: > 30
---	--	---

Organo y Sistema		Normal	Anormal	Hallazgos
Cabeza y cuello	Tiroides			
Ojos	Conjuntivas			
	Corneas			
	Matilidad			
	Pabellones			

Organo y Sistema		Normal	Anormal	Hallazgos
Oídos	C. Auditivo			
	Timpanos			
Nariz	Gametes			
	Tabique			
	S. Parariasales			
Orofaringe				
Tórax	Corazon			
	Pulmones			
Abdomen	Pared Abdominal			
	Visceras			
Genitales				
Extremidades	Miembros Superiores			
	Miembros Inferiores			
	Vascular			
Neurológico	Columna			
Piel	Cicatrices			

DIAGNÓSTICOS

1.	3.
2.	4.
SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL: Si NO CUAL:	

APTITUD LABORAL:
 1. Apto 2. Apto con restricciones 3. no apto 4. aplazado

PERIODICO:
 Puede continuar con su labor: _____

RETIRO
Satisfactorio _____ No satisfactorio _____

RECOMENDACIONES U OBSERVACIONES

MÉDICO	TRABAJADOR
Nombre: _____	Nombre: _____
Firma: _____	Firma: _____
Licencia de salud ocupacional: _____	