



**Universidad del Sureste**

**Escuela de Medicina**



## **HISTORIA CLINICA LABORAL**

---

**Alumno:** María José Villar Calderón

**Docente:** Dra. Ana Laura Domínguez Silva

**Materia:** Medicina del trabajo

**Semestre:** 5° A

## HISTORIA CLINICA LABORAL

Centro de trabajo	Numero de historia clínica

• **FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombres y apellidos:			
Edad:	Sexo:	Raza:	Escolaridad:
Estado civil:	No. De hijos:	No. De personas que dependen económicamente de él/ella	
Condiciones de su vivienda:			

• **INFORMACIÓN OCUPACIONAL**

Tiempo total de trabajo:	Categoría ocupacional: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obrero</li> <li>• Servicio</li> <li>• Técnico</li> <li>• Administrativo</li> <li>• Dirigente</li> </ul>
Puesto de trabajo actual:	Cargos que desempeña (Describir que hace y como lo hace)
Años en el puesto de trabajo:	
Área a la que pertenece:	
Horas diarias de trabajo:	
Tiempo de traslado a su centro laboral y viceversa:	
Transportación al centro: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por medios propios</li> <li>• Por medio de la empresa</li> <li>• Caminado</li> <li>• En vehículo de motor</li> <li>• En bicicleta</li> </ul>	
Tipo de vinculación laboral: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fijo</li> <li>• Contratado</li> </ul>	
Horario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fijo</li> <li>• Rotativo</li> <li>• Descansa los fines de semana</li> </ul>	Pago de salario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal (fijo)</li> <li>• Vinculado (por resultados)</li> <li>• Por hora</li> </ul>

- Estimulación

- **CONDICIONES DEL TRABAJO ACTUAL**

Condiciones anormales (describir porque lo considera)						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toxicidad</li> <li>• Nocturnidad</li> <li>• Peligrosidad</li> <li>• Altura</li> <li>• Otras, ¿Cuáles?</li> </ul>						
Como es la presencia en su ambiente laboral de (donde permanece el mayor tiempo de la jornada):						
	Nunca	Casi Nunca	Frecuente	Casi siempre	Siempre	Comentario
Ruido elevado						
Vibraciones fuertes						
Temperatura elevada						
Humedad elevada						
Polvos						
Humos						
Gases						
Olores desagradables						
iluminación insuficiente						
Sustancias químicas						
Radiación solar molesta						
Otras radiaciones						
Otras radiaciones dentro del proceso de trabajo y en la ejecución de la tarea						
	Si	No	A veces	Explique		
Realiza su trabajo generalmente:						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• De pie</li> <li>• Sentado</li> <li>• De pie con esfuerzo físico</li> <li>• De pie caminado</li> <li>• Utilizando herramientas manuales</li> <li>• Usando máquinas herramientas</li> </ul>						
Su trabajo le exige:						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esfuerzo físico</li> <li>• Esfuerzo mental</li> <li>• Repetitividad</li> <li>• Concentración</li> <li>• Movimientos repetitivos</li> </ul>						
Su trabajo le ocasiona tensión emocional:						

Usa medios de protección individual:				
Medios de protección adecuados:				
Se le realizan exámenes médicos periódicos:				
Se bañan y cambian de ropa habitualmente en su centro si le es necesario:				
Dispone y puede acceder a servicios sanitarios en buenas condiciones:				

• **TRABAJOS DESARROLLADOS CON ANTERIORIDAD**

Centro	Desde-Hasta (tiempo)	Puesto de trabajo	Descripción de la tarea	Materiales y/o sustancias que manipulaba

• **TIEMPO EXTRALABORAL**

<p>Dedica su tiempo extralaboral a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades domesticas</li> <li>• Hobby</li> <li>• Recreación</li> <li>• Práctica de deporte o ejercicios físicos</li> <li>• Actividades laborales, remuneración extra</li> <li>• Descanso en la vivienda</li> </ul>
---

• **DATOS DE SALUD INDIVIDUAL**

Antecedentes patológicos	
Personales	Familiares
Antecedentes de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accidentes de trabajo</li> <li>• Enfermedad profesional</li> </ul>	

- Enfermedad relacionada o agravada por el trabajo
- Intervenciones quirúrgicas

Hábitos tóxicos

Fuma: Si \_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_ Exfumador: \_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Café: Si \_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Alcohol: Si \_\_\_\_ Diario \_\_\_\_ Ocasional \_\_\_\_ Semanal \_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Medicamentos habituales:

Sensibilidad a medicamentos:

Valoración nutricional

Peso (Kg)

Talla (cm)

IMC

VN

Síntomas actuales:

Interrogatorio y Examen físico por aparatos

Sistema respiratorio

Sistema cardiovascular

Sistema digestivo

Sistema urogenital

Sistema neurológico

Sistema ginecológico

Sistema endocrino	
SOMA	
Otros aspectos de interés:	

- **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**