



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
ESCUELA DE MEDICINA
5to Semestre
Grupo "B"
MEDICINA DEL TRABAJO
20/10/2020
DRA. ANA LAURA DOMÍNGUEZ SILVA

“HISTORIA CLINICA LABORAL”

Presenta:

- **ROMINA CORONADO ARGUELLO**

MOTIVO DE LA EVALUACION

<input type="checkbox"/> 1. INGRESO	<input type="checkbox"/> 4. CALIFICACION ORIGEN	<input type="checkbox"/> 7. POST INCAPACIDAD
<input type="checkbox"/> 2. PERIODO	<input type="checkbox"/> 5. CALIFICACION PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL.	<input type="checkbox"/> 8. REUBICACION
<input type="checkbox"/> 3. RETIRO	<input type="checkbox"/> 6. EVALUACION OCUPACIONAL	<input type="checkbox"/> 9. OTROS CUAL _____

IDENTIFICACION DE LA EMPRESA

10. NOMBRE	11. ACTIVIDAD ECONOMICA
------------	-------------------------

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

12. APELLIDOS Y NOMBRES		13. CEDULA	
14. GÉNERO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	15. FECHA DE NACIMIENTO	16. EDAD	17. LUGAR DE NACIMIENTO
18. RESIDENCIA	19. ESCOLARIDAD <input type="checkbox"/> ANALFABETA <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TECNICO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> COMPLETO <input type="checkbox"/> INCOMPLETO		
20. ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> U. LIBRE <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>			
21. EPS	22. ARP	23. AFP	

24. MOTIVO DE CONSULTA _____ _____ _____ _____

HISTORIA LABORAL

25. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA (AÑOS)	26. NOMBRE DEL CARGO O A DESEMPEÑAR
28. DEPENDENCIA	29. TURNO <input type="checkbox"/> DIURNO <input type="checkbox"/> NOCTURNO <input type="checkbox"/> ROTATIVO

30. DESCRIPCION DEL CARGO

<p>31. LAS ACTIVIDADES LAS REALIZA</p> <p><input type="checkbox"/> DE PIE</p> <p><input type="checkbox"/> SENTADO</p> <p><input type="checkbox"/> CAMINANDO</p> <p><input type="checkbox"/> INCLINADO</p> <p><input type="checkbox"/> ARRODILLADO</p> <p><input type="checkbox"/> OTRA</p> <p>CUAL _____</p> <p>_____</p>	<p>32. ACCIONES QUE REALIZA</p> <p><input type="checkbox"/> ALCANZAR <input type="checkbox"/> TALAR</p> <p><input type="checkbox"/> EMPUJAR <input type="checkbox"/> LEVANTAR</p> <p><input type="checkbox"/> ARRASTRAR <input type="checkbox"/> OTRO</p> <p>CUAL _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--

33. EQUIPOS O HERRAMIENTAS UTILIZADAS	34. MATERIAS PRIMAS O INSUMOS
---------------------------------------	-------------------------------

ANTECEDENTES PERSONALES

	S	N	HACE CUANTO		S	N	HACE CUANTO		S	N	HACE CUANTO
35. CEFALEA				47. BRONQUITIS				59. HERNIA INGUINAL			
36. DEFECTO VISUAL				48. ASMA				60. HERNIA UMBILICAL			
37. SORDERA				49. TBC				61. VARICOCELE			
38. OTITIS MEDIA				50. ENF. ACID. PEPTICA				62. DERMATITIS			
39. SINUSITIS				51. COLITIS				63. ARTRITIS			
40. TINITUS				52. COLELITIASIS				64. LUMBAGO CRONICO			
41. CONVULSIONES				53. UROLITIASIS				65. TUNEL DEL CARPO			
42. HTA				54. INFECCION URINARIA				66. VARICES PIERNAS			
43. ENF. CARDIACA				55. VENEREAS				67. TROMBOSIS			
44. HEPATITIS				56. COLESTEROL ALTO				68. GOTA			
45. ENF. TIROIDES				57. CANCER				69. ENF. COLUMNA			
46. CONVULSIONES				58. VARICES				70. OTROS			

DESCRIPCION

ANTECEDENTES FAMILIARES

	SI	NO	NO SABE	PARENTESCO		SI	NO	NO SABE	PARENTESCO
71. HTA					77. ASMA				

72.INFARTO					78.TBC				
73. ACV					79.ARTRITIS				
74.ALERGIAS					80. ENF. MENTAL				
	SI	NO	NO SABE	PARENTESCO		SI	NO	NO SABE	PARENTESCO
75.ULCERA PEPTICA					81.CANCER				
76.DIABETES					82. OTROS				

EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO

83. ANTERIORES

EMPRESA	FACTORES DE RIESGO								TIPO DE RIESGO	CARGO	TIEMPO	EPP
	F	Q	B	ERG	MEC	PSC	ELEC	OT				

84. ACTUALES

EMPRESA	FACTORES DE RIESGO								TIPO DE RIESGO	CARGO	TIEMPO	EPP
	F	Q	B	ERG	MEC	PSC	ELEC	OT				

F: FISICO Q: QUIMICO B: BIOLÓGICO ERG: ERGONOMICO...MEC: MECANICO PSC: PSICOSOCIAL ELEC: ELECTRICO OT: OTROS

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

85. EN EL CARGO O EMPRESA ANTERIOR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	86. ACTUAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CASCO <input type="checkbox"/> BOTAS <input type="checkbox"/> GAFAS <input type="checkbox"/> TAPABOCA PROTECTORES AUDITIVOS <input type="checkbox"/> RESPIRADOR <input type="checkbox"/> VEROL <input type="checkbox"/> ANTES OTROS CUAL _____	
	87. ¿LOS CONSIDERA ADECUADOS?	88. ¿CUALES DEBERIA RECIBIR?
	89. LE SON DE UTILIDAD?	

ACCIDENTES DE TRABAJO

90. HA SUFRIDO ACCIDENTES DE TRABAJO SI NO

	FECHA	EMPRESA	CAUSA	TIPO DE LESION	PARTE AFECTADA	DIAS DE INCAPACIDAD	SECUELAS
1							
2							
3							

ENFERMEDAD PROFESIONAL

91. HA SUFRIDO ENFERMEDAD PROFESIONAL SI NO

	FECHA	EMPRESA	DIAGNOSTICO	INDEMNIZACION	REUBICACION
1					
2					
3					

92. ANTECEDENTES QUIRURGICOS _____ _____ _____ _____ _____		FECHA _____ _____ _____ _____ _____	93. ANTECEDENTES TRAUMATICOS 94. LESION _____ _____ _____ _____		95. CAUSA _____ _____ _____ _____
96. ANTECEDENTES PATOLOGICOS _____ _____ _____ _____		FECHA _____ _____ _____ _____	SECUELAS _____ _____ _____ _____		
97. INMUNIZACION	98. HEPATITIS B FECHA <input type="checkbox"/> DOSIS <input type="checkbox"/>	99. TETANOS FECHA <input type="checkbox"/> DOSIS <input type="checkbox"/>	100. FIEBRE AMARILLA FECHA <input type="checkbox"/> DOSIS <input type="checkbox"/>	101. OTRAS _____ _____ CUAL _____ _____ _____	

GINECO-OBSTETRICOS

102. MENARQUIA <input type="checkbox"/>	103. CICLOS <input type="checkbox"/>	104. FUM <input type="checkbox"/>	105. DISMENORREA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
106. PARIDAD	107. FPP	108. FUP	109. PLANIFICACION

G <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V		<input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
110.METODO _____	111.CITOLOGIA RECIENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	112.RESULTADO _____ _____		

HABITOS TOXICOS

113.NO FUMA	114.EX-FUMADOR	115.AÑOS DE SUSPENSIÓN DEL HABITO	116.FUMADOR	117.AÑOS DE FUMADOR	118.No :DE CIGARRILLOS/DIA
119.TOMA HABITUALMENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	120.AÑOS DE HABITO	121.FRECUENCIA DIARIO <input type="checkbox"/> SEMANTAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/>	122.TIPO DE LICOR	123.A TENIDO PORBLEMAS CON LA BEBIDA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	124.CUALES
125.EXBEBEDOR SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	No. DE AÑOS DE SUSPENCION	126.OTROS HABITOS TIXICOS: TOMA ALGUN MEDICAMENTO REGULARMENTE : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		127. ¿CUAL?	

REVISION POR SISTEMAS Y ENFERMEDAD ACTUAL

128.SISTEMA NERVIOSO _____
129.INSOMNIO _____
130. DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE _____
131. TENSION MUSCULAR, CANSANCIO, MIEDO _____
132. OJOS _____
133. ORL _____
134. RSPIRATORIO (DISNEA -HIPERVENTILACION ETC) _____
135.DIGESTIVO _____
136.PIEL Y FANERAS _____
137.GENITO - URINARIO _____

EXAMEN FISICO: 138. ASPECTO GENERAL _____ 139.CONSTITUCION _____

140.DIESTRO <input type="checkbox"/>	141 SURDO <input type="checkbox"/>			
142. TA mmhg	143.FC Xmin	144. FR Xmin	145.PESO Kg	146. TALLA m

	ORGANO	N	AN	HALLAZGO		ORGANO	N	AN	HALLAZGO
147.					164				
148					165				
149					166				
150					167				
151					168				
152					169				
153					170				
154					171				
155					172				
156					173				

157					174				
158					175				
159					176				
160					177				
161					178				
162					179				
163									

DESCRIPCION AMPLIACION DE HALLAZGOS:

181. EVALUACION DEL ESTADO MENTAL

PROCESOS	NORMAL	DISFUNCION	HALLAZGO
ORIENTACION			
ATENCION CONCENTRACION			
SENSOPERCEPCION			
MEMORIA			
PENSAMIENTO			
LENGUAJE			
CONCEPTO	NORMAL <input type="checkbox"/>	ANORMAL <input type="checkbox"/>	

182.AUDIOMETRIA	FREC. HERTZS	250	500	1000	2000	4000	6000	8000	PERDIDA AUDITIVA DER _____ IZQ _____
	OIDO DERECHO								
	OIDO IZQUIERDO								

RESULTADO:

183. EXAMEN VISUAL	CERCA	LEJOS	CON CORRECCION
OD			
OI			
AO			
OTROS HLLAZGOS			

184. PARACLINICOS

NOMBRE DEL PARACLINICO	FECHA	RESULTADO
PARCIAL DE ORINA		
SEROLOGIA		
COPROLOGICO		
HEMOCLASIFICACION		

185. DIAGNOSTICOS

APTO NO APTO APTO PARA EL CARGO CON RESTRICCIONES QUE NO INTERVIENEN EN SU TRABAJO
 APTO PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR CON LIMITACIONES QUE INTERVIENEN CON SU TRABAJO
 REQUIERE NUEVA VALORACION

186. EXAMEN DE EGRESO NORMAL SI NO 187. EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO SI NO

187. OBSERVACIONES

188. RECOMENDACIONES:

189. MANEJO (EVALUACION MEDICO LABORAL)

CALIFICACION PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL (%) _____

TRATAMIENTO MEDICO _____

REUBICACION _____

REMISION _____

190.CONCEPTO_____

FIRMA Y SELLO REGISTRO MEDICO

FIRMA DEL TRABAJADOR