

ACTIVIDAD UNIDAD IV
Tarea 1

HISTORIA CLINICA LABORAL

Universidad del Sureste
Medicina Humana
Dra. Ana Laura Domínguez Silva

PRESENTA:



Karen Paola Morales Morales

GRUPO, SEMESTRE y MODALIDAD:

5to semestre y grupo B, Medicina del trabajo.

Comitán de Domínguez, Chiapas

Fecha: 20/12/2020

	UNIVERSIDAD DEL SURESTE ESCUELA DE MEDICINA	
	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	

Describir tipo de accidente, lesiones y/o secuelas:

Enfermedad profesional calificada por ARP:

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

EQUIPOS O HERRAMIENTAS UTILIZADAS	MATERIAS PRIMAS O INSUMOS
--	----------------------------------

ANTECEDENTES PERSONALES

Factor de riesgo FISICO	SI		NO		HACE CUANTO	Factor de riesgo PSICOLABORAL	SI		NO		HACE CUANTO	Factor de riesgo ERGONOMICO	SI		NO		HACE CUANTO
CALOR						ATENCION PUBLICA						SENTADO PROLONGADO					
FRIO						MONOTOMIA						PIE PROLONGADO					
ALTA ILUMINACION						SOBRECARGA LABORAL						MOVIMIENTOS REPETITIVOS					
BAJA ILUMINACION						TURNOS						LEVANTAMIENTO DE CARGAS					
PRESION						ALTO RITMO LABORAL											
RUIDO						CONFLICTO RELACION PROFESIONAL											
Factor de riesgo QUIMICO						Factor de riesgo BIOLÓGICO											
NEBLINAS						CONTACTO CON ANIMALES											
HUMOS						MICROORGANISMOS											
POLVOS						OTROS:											



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
ESCUELA DE MEDICINA



HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

LIQUIDOS			
GASES Y VAPORES			
CONTACO CON PRODUCTO QUIMICO			

OTROS DESCRIPCION

ANTECEDENTES PERSONALES

	SI	NO	HACE CUANTO		SI	NO	HACE CUANTO		SI	NO	HACE CUANTO
CEFALEA				BRONQUITIS				HERNIA INGUINAL			
DEFECTO VISUAL				ASMA				HERNIA UMBILICAL			
SORDERA				TBC				VARICOCELE			
OTITIS MEDIA				ENF. ACID. PEPTICA				DERMATITIS			
SINUSITIS				COLITIS				ARTRITIS			
TINITUS				COLEALITIASIS				LUMBAGO CRONICO			
CONVULSIONES				UROLITIASIS				TUNEL DEL CARPO			
HTA				INFECCION URINARIA				VARICES PIERNAS			
ENF. CARDIACA				VENEREAS				TROMBOSIS			
HEPATITIS				COLESTEROL ALTO				GOTA			
ENF. TIROIDES				CANCER				ENF. COLUMNA			
CONVULSIONES				VARICES				OTROS			

DESCRIPCION

ANTECEDENTES FAMILIARES

	SI	NO	NO SABE	PARENTESCO		SI	NO	NO SABE	PARENTESCO
HTA					ASMA				
INFARTO					TBC				
ACV					ARTRITIS				
ALERGIAS					ENF. MENTAL				



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
ESCUELA DE MEDICINA



HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

	SI	NO	NO SABE	PARENTESCO		SI	NO	NO SABE	PARENTESCO
ULCERA PEPTICA					CANCER				
DIABETES					OTROS				

EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO



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: BIOLOGICO ERG: ERGONOMICO...MEC: MECANICO PSC: PSICOSOCIAL ELEC: ELECTRICO OT: OTROS

	UNIVERSIDAD DEL SURESTE ESCUELA DE MEDICINA	
	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EN EL CARGO O EMPRESA ANTERIOR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	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"/> OVEROL <input type="checkbox"/> GUANTES OTROS CUAL _____	
	¿LOS CONSIDERA ADECUADOS?	¿CUALES DEBERIA RECIBIR?
	LE SON DE UTILIDAD?	

ACCIDENTES DE TRABAJO HA SUFRIDO ACCIDENTES DE TRABAJO SI O



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

ENFERMEDAD PROFESIONAL HA SUFRIDO ENFERMEDAD PROFESIONAL SI O

	FECHA	EMPRESA	DIAGNOSTICO	INDEMNIZACION	REUBICACION
1					
2					
3					

ANTECEDENTES QUIRURGICOS _____ _____ _____ _____ _____		FECHA _____ _____ _____ _____	ANTECEDENTES TRAUMATICOS LESION CAUSA _____ _____ _____ _____	
ANTECEDENTES PATOLOGICOS _____ _____ _____		FECHA _____ _____ _____	SECUELAS _____ _____ _____	
INMUNIZACION	HEPATITIS B FECHA <input type="checkbox"/> DOSIS <input type="checkbox"/>	TETANOS FECHA <input type="checkbox"/> DOSIS <input type="checkbox"/>	FIEBRE AMARILLA FECHA <input type="checkbox"/> DOSIS <input type="checkbox"/>	OTRAS _____ _____ CUAL _____ _____ _____

GINECO-OBSTETRICOS

	UNIVERSIDAD DEL SURESTE ESCUELA DE MEDICINA	
	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	

MENARQUIA <input type="checkbox"/>	CICLOS <input type="checkbox"/>	FUM <input type="checkbox"/>	DISMENORREA SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARIDAD 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		FPP <input type="checkbox"/>	FUP <input type="checkbox"/>	PLANIFICACION SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
METODO _____	CITOLOGIA RECIENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	RESULTADO _____ _____		

HABITOS TOXICOS

NO FUMA	EX-FUMADOR	ANOS DE SUSPENSIÓN DEL HABITO	FUMADOR	ANOS DE FUMADOR	No :DE CIGARRILLOS/DIA
TOMA HABITUALMENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AÑOS DE HABITO	FRECUENCIA DIARIO <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/>	TIPO DE LICOR	A TENIDO PORBLEMAS CON LA BEBIDA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUALES
EXBEBEDOR SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	No. DE AÑOS DE SUSPENSION	OTROS HABITOS TIXICOS: TOMA ALGUN MEDICAMENTO REGULARMENTE : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿CUAL?	

REVISION POR SISTEMAS Y ENFERMEDAD ACTUAL

SISTEMA NERVIOSO _____ INSOMNIO _____ DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE _____ TENSION MUSCULAR, CANSANCIO, MIEDO _____ OJOS _____ ORL _____ RESPIRATORIO (DISNEA –HIPERVENTILACION ETC) _____ DIGESTIVO _____ PIEL Y FANERAS _____ GENITO – URINARIO _____

EXAMEN FISICO: ASPECTO GENERAL _____ CONSTITUCION _____

DIESTRO <input type="checkbox"/>	SURDO <input type="checkbox"/>			
TA mmhg	FC Xmin	FR Xmin	PESO Kg	TALLA m

EXAMEN FÍSICO



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
ESCUELA DE MEDICINA



HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

Peso: ____ o: ____ Kg. Estatura: ____ a: ____ metros IMC: ____ P.A: ____ / ____ Pulso: ____ F.R: ____ Estado General: Normal ____ A normal ____ Estado Mental: Normal ____ A normal ____ Diestro: ____ Zurdo: ____ Ambidiestro: ____

EXPLORACION CABEZA			
OJOS	NORMAL	ANORMAL	DESCRIBIR
PÁRPADOS			
CONJUNTIVA			
ESCLERAS			
CÓRNEA			
IRIS-PUPILAS			
Fondo de ojo			
OIDOS	NORMAL	ANORMAL	DESCRIBIR
PABELLONES			
TIMPANOS			
CONDUCTOS			
NARIZ	NORMAL	ANORMAL	DESCRIBIR
INSPECCION			
MUCOSA			
TABIQUE			
SENOS PARANASALES			
PALADAR			
OROFARINGE	NORMAL	ANORMAL	DESCRIBIR
MUCOSAS			
LENGUA			
AMIGDALAS			
FARINGE			
DENTADURA			
PROTESIS			

EXPLORACION CUELLO			
	NORMAL	ANORMAL	DESCRIBIR
INSPECCION			
PALPACION			
ADENOPATIAS			



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
ESCUELA DE MEDICINA





HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

GLANDULAS TIROIDES			
-----------------------	--	--	--

EXPLORACION TORAX			
	NORMAL	ANORMAL	DESCRIBIR
INSPECCION			
PALPACION			
PULMONAR			
PERCUSION			
AUDCULTACION			
GLANDULA MAMARIA	NORMAL	ANORMAL	DESCRIBIR
INSPECCION			
PALAPACION			
PEZONES			
CICATRICES			
SECRECION			
CORAZON	NORMAL	ANORMAL	DESCRIBIR
P.M.I			
RITMO			
RUIDOS			
SOPLOS			

EXPLORACION ABDOMEN			
	NORMAL	ANORMAL	DESCRIBIR
INSPECCION			
PALAPACION			
PERCUSION			
AUSCULTACION			
MASAS			
HERNIAS			

EXPLORACION GENITO-URINARIO			
HOMBRES	NORMAL	ANORMAL	DESCRIBIR
INSPECCION			
VELLO PUBICO			
TESTICULOS			
TR (si aplica)			
EXPLORACION GENITO-URINARIO			
MUJERES	NORMAL	ANORMAL	DESCRIBIR

	UNIVERSIDAD DEL SURESTE ESCUELA DE MEDICINA	
	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	



INSPECCION			
VELLO PUBICO			
TV/TR (si aplica)			

EXPLORACION OSTEOMUSCULAR				
Arcos de movimiento	Anormalidad			
	HOMBRO	CODO	MUÑECA	DEDOS
FLEXION				
EXTENCION				
ABDUCCION				
ROT. INTERNA				
ROT. EXTERNA				
PRONACION				
SUPINACION				
DESV. ULNAR				
DESV. RADIAL				
OPPNENCIA				

INSPECCION:

EXPLORACION COLUMNA VERTEBRAL				
Arcos de movimiento	Anormalidad			
	CERVICAL	DORSOLUMBAR	DOLOR	ESPASMO
FLEXION				
EXTENCION				
ROTACION DERECHA				
ROTACION IZQUIERDA				
INCLINACION LATERAL DERECHA				
INCLINACION LATERAL IZQUIERDA				

INSPECCION:

	UNIVERSIDAD DEL SURESTE ESCUELA DE MEDICINA	
	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	

EXPLORACION VASCULAR PERIFERICO			
	NORMAL	ANORMAL	DESCRIBIR
PULSOS PERIFERICOS			
VARICES			
PIEL Y FANERAS	NORMAL	ANORMAL	DESCRIBIR
CICATRICES			
TATUAJES			
NEVUS			
ACNE			
UÑAS			
DERMATOSIS			
OTROS			

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"/>	

AUDIOMETRIA dB	FREC. HERZTS	250	500	1000	2000	4000	6000	8000	PERDIDA AUDITIVA DER_____
	OIDO DERECHO								
	OIDO IZQUIERDO								



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
ESCUELA DE MEDICINA



HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

										IZQ _____
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------

RESULTADO:

EXAMEN VISUAL	CERCA	LEJOS	CON CORRECIÓN
OD			
OI			
AO			
OTROS HALLAZGOS			

PARACLINICOS

NOMBRE DEL PARACLINICO	FECHA	RESULTADO
PARCIAL DE ORINA		
SEROLOGIA		
COPROLOGICO		
HEMOCLASIFICACION		

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

EXAMEN DE EGRESO NORMAL SI NO EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO N

OBSERVACIONES

RECOMENDACIONES: _____

	UNIVERSIDAD DEL SURESTE ESCUELA DE MEDICINA	
	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	

MANEJO (EVALUACION MEDICO LABORAL)

CALIFICACION PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL (%)	_____
TRATAMIENTO MEDICO	_____
REUBICACION	_____
REMISION	_____

CONCEPTO	_____

NOTA: AUTORIZO PARA QUE ESTA INFORMACION SEA CONSULTADA POR EL AREA DE SALUD OCUPACIONAL O LA OFICINA DE TALENTO HUMANO.

 FIRMA Y SELLO REGISTRO MEDICO

 FIRMA DEL TRABAJADOR