

Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

HISTORIA CLÍNICA.

Materia:
Medicina del trabajo.

Docente:
Dra. Domínguez Silva Ana Laura.

Semestre:
5“B”.

Alumna:
Michelle Junuem Maldonado Hernández.

4. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Enfermedad profesional: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál: _____
Empresa: _____ ARP: _____ Fecha: _____
Accidente de trabajo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pérdida de la capacidad laboral: _____
Fecha: _____ Empresa: _____ ARP: _____ Lesión: _____

5. ANTECEDENTES PERSONALES

1. Patológicos <input type="checkbox"/> 2. Quirúrgicos <input type="checkbox"/> 3. Traumáticos <input type="checkbox"/> 4. Tóxico-alérgicos <input type="checkbox"/> 5. Psiquiátricos <input type="checkbox"/> 6. Transfusiones <input type="checkbox"/>					
Observaciones:					
7. Ginecológicos Menarca: _____ Ciclo menstrual: _____ IVSA: _____ FUM: _____ Planifica: Si _____ No _____ FPP: _____ Gestas: _____ PARA: _____ Cesáreas: _____ Edad gestacional: _____ Abortos: _____ No. De parejas sexuales: _____ Menopausia: _____ última citología vaginal: _____ Resultado: _____					
8. Vacunación	Fecha de última dosis		Fecha de última dosis		Fecha de última dosis
Tétanos <input type="checkbox"/>		Rabia <input type="checkbox"/>		VHB <input type="checkbox"/>	
Fiebre amarilla <input type="checkbox"/>		BCG <input type="checkbox"/>		Otras	
5.1 HÁBITOS					
Fumó: Si: _____ Fuma: _____ cigarrillo/día No: _____ Tiempo de exposición: _____	Ingirió licor: _____ ingiere licor: Si: _____ NO: _____ Tiempo de exposición: _____	Usó o usa sustancias psicoactivas: Si: _____ NO: _____ Frecuencia: _____	Ejercicio formal Si: _____ No: _____ Frecuencia		
6. ANTECEDENTES FAMILIARES					

7. REVISIÓN POR SISTEMAS

Piel y faneras	Oftalmológico	Otorrinolaringología	Pulmonar	Gastrointestinal
Genitourinario	Neurológico	Osteomuscular	Alteración física (congénita o adquirida)	Restricciones: (físicas o alimentarias)
Observaciones:				

8. EXAMEN FÍSICO

Signos vitales <ul style="list-style-type: none"> ▪ T/A: _____ ▪ FC: _____ ▪ FR: _____ ▪ TEMP: _____ ▪ PESO: _____ ▪ TALLA: _____ 	Lateralidad dominante <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diestro <input type="checkbox"/> ▪ Zurdo <input type="checkbox"/> ▪ Ambidiestro <input type="checkbox"/> 	Interpretación IMC: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Baja Peso: < 18.5 ▪ Normal: 18.5 — 24.9 ▪ Sobrepeso: 25 29.9 ▪ Obesidad: > 30
--	---	--

Órganos/ Sistema		Normal	Anormal	Hallazgos
Cabeza y cuello	Tiroides			
Ojos	Conjuntivas			
	Corneas			
	Motilidad			
	Pabellones			
Oidos	C. Auditivo			
	Timpanos			
Nariz	Gametes			
	Tabique			
	S. Paranasales			
Orofaringe				
Torax	Corazon			
	Pulmones			
Abdomen	Pared Abdominal			
	Visceras			
Genitales				
Extremidades	Miembros Superiores			Tinel D: • . Izq. + . • Phalen D: + • . Izq. + -0
	Miembros Inferiores			
	Vascular			
Neurológico	Columna			
Piel	Cicatrices			

9. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

9.1. EXAMENES DE LABORATORIOS PRACTICADOS								
Observaciones	SI	NO	Normal	Anormal	DD	MM	AMA	Resultado
Hemograma								HB: _____ HTO: _____ Leuc: _____
Examen de de orina								_____
Coprologico								
Colesterol Total								Valor: _____
Colesterol HDL								Valor: _____
Colesterol LDL								Valor: _____
Colesterol VLDL								Valor: _____
Triglicéridos								Valor: _____
Frotis/cultivo faríngeo								
Hemoclasificación								A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> RH + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Serología								
9.2 OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS								
Espirometría		Optometría			Audiometría			
SI _____	No _____	SI _____	No _____		SI _____	No _____		
Normal _____		Normal _____			Hipoacusia Neurosensorial leve _____			
Patrón obstructivo _____		Patología de refracción _____			Hipoacusia Neurosensorial moderada _____			
Patrón restrictivo _____		Inadecuadamente corregida _____			Hipoacusia Neurosensorial Severa _____			
Patrón mixto _____		Adecuadamente corregida _____			Hipoacusia Neurosensorial Profunda _____			
		No corregida _____			Hipoacusia Conductiva _____			
Observaciones:								

10. DIAGNÓSTICO

1.	3.	
2.	4.	
Sospecha de enfermedad profesional: Si _____ No _____ Cuál: _____		
Aptitud laboral: 1. Apto _____ 2. Apto con restricciones _____ 3. No apto _____ 4. Aplazado _____		
Periódico: Puede continuar con su labor _____ Retiro: Satisfactorio _____ No satisfactorio _____		
<p style="text-align: center;">RECOMENDACIONES MEDICAS</p> Remisión a EPS _____ Remisión a ARP _____ Continuar Tratamiento _____	<p style="text-align: center;">REC. OCUPACIONALES</p> Uso de EPP _____ Ingreso al SVE _____ Reasignar funciones _____ Reubicación temporal _____	<p style="text-align: center;">HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE</p> Inicio de actividad física _____ Dejar de fumar _____ Reducir consumo de alcohol _____ Control de Peso _____ Otro _____ Cuál: _____
RECOMENDACIONES U OBSERVACIONES		
MÉDICO:		TRABAJADOR
Nombre:		Nombre legible:
Firma:		Firma:
		Cédula:
Licencia de Salud Ocupacional:		(Declara que la información suministrada y aquí consignada es veraz y puede ser verificada)