



MEDICINA DEL TRABAJO

DRA. ANA LAURA DOMINGUEZ SILVA

PRESENTA: ALONDRA CASAUX GARCÍA

5-B

Antecedentes ocupacionales

Enfermedad Profesional: Si No **Cuál:** _____
Empresa: _____ **ARP:** _____
Fecha: _____

Pérdida de la capacidad laboral: _____

ARP: Lesión:

Antecedentes personales

1. Patológicos 2. Quirúrgicos 3. Traumáticos 4. Toxico- alérgicos 5. Psiquiátricos 6. Transfusiones

Observaciones:

7. Ginecológicos: M: _____ Ciclos: _____ X _____ FUR: _____ G _____ P _____ C _____ A _____

Planifica: Si No Cuál: _____

Fecha última citología: _____ Resultado: _____

8. Vacunación	Fecha última dosis		Fecha última dosis		Fecha última
Tétanos		Rabia		VHB	
Fiebre Amarilla		BCG		Otras:	

Hábitos

Fumó: Si _____ cigarrillo/día No Fuma: _____ Tiempo de exposición: _____	Ingirió licor: Si No Ingiere licor: Si No Tiempo de exposición: _____	Usó o usa sustancia Psicoactivas: Si NO Frecuencia: _____	Ejercicio Formal: Si No Frecuencia: _____
---	--	--	--

Antecedentes familiares

REVISIÓN POR SISTEMAS

1. Piel y faneras	2.	3. ORI	4. Pulmonar	5.	6. Genitourinario	7.
8. Osteomuscular		9. Alteración Física (congénita o		10. Restricciones: (físicas o		
Observaciones:						

8. EXÁMEN FÍSICO

Tensión Arterial: _____ / _____	Lateralidad Dominante: Diestro <input type="checkbox"/> Zurdo <input type="checkbox"/> Ambid <input type="checkbox"/> stro <input type="checkbox"/> ie <input type="checkbox"/>	Interpretación IMC: Bajo Peso: < 18.5 Normal: 18.5 – 24.9 Sobrepeso: 25 – 29.9 Obeso: ≥ 30
---------------------------------	--	---

Frecuencia Cardiaca: _____ / min.
Talla: _____ mt. Peso: _____ Kgr IMC: _____

Órgano /		Normal	Anormal	Hallazgos
Cabeza y cuello	Tiroides			
Ojos	Conjuntivas			
	Córneas			
	Motilidad			
	Pabellones			

Órgano / Sistema		Normal	Anormal	Hallazgos
Oídos	C. Auditivo			
	Tímpanos			
Nariz	Cornetes			
	Tabique			
	S. Paranasales			
Orofaringe				
Tórax	Corazón			
	Pulmones			
Abdomen	Pared Abdominal			
	Visceras			
Genitales				
Extremidades	Miembros Superiores			
	Miembros Inferiores			Tinel D: + - Izq. + - Phalen D: + - Izq. + -
	Vascular			
Neurológico	Columna			
Piel	Cicatrices			

Pruebas complementarias

9.1. EXÁMENES DE LABORATORIOS PRACTICADOS								
Observaciones	SI	NO	Normal	Anormal	DD	MM	AAAA	Resultado
Hemograma								HB: _____ HTO: _____ Leuc: _____
P. de Orina								
Coprológico								
Colesterol Total								Valor: _____
Colesterol HDL								Valor: _____
Colesterol LDL								Valor: _____
Colesterol VLDL								Valor: _____
Triglicéridos								Valor: _____
Frotis / cultivo faringeo								
Hemoclasificación								A: B: O: AB: RH: + -
Serología								

EXÁMENES DE LABORATORIOS PRACTICADOS

Observaciones	SI	NO	Normal	Anormal	DD	MM	AAAA	Resultado
KOH								
HG Cabello / orina								
Colinesterasa								
Pruebas Hepáticas								GOT: _____ GPT: _____ FA: _____
Pruebas de Coagulación								PT: _____ PTT: _____ TC: _____
FSP								
Otro								

OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A. Optometría	C. Espirometría	D. Audiometría
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado	Resultado	Resultado
Normal	Normal	Normal
Patología de Refracción Inadecuadamente corregida	Patrón Obstructivo	Hipoacusia Neurosensorial leve
Patología de Refracción Adecuadamente corregida	Patrón Restrictivo	Hipoacusia Neurosensorial Moderada
Patología de Refracción Adecuadamente corregida	Patrón Mixto	Hipoacusia Neurosensorial Severa

OBSERVACIONES (Si se requiere ampliar información sobre los paraclínicos realizados)

DIAGNÓSTICO

1.	3.
2.	4.

SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL: SI NO CUAL: _____

APTITUD LABORAL: 1: APTO 2: APTO CON RESTRICCIONES 3: NO APTO 4: APLAZADO
PERIÓDICO: PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR RETIRO: SATISFACTORIO NO SATISFACTORIO

RECOMENDACIONES MEDICAS	REC. OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
Remisión a EPS _____ Remisión a ARP _____ Continuar Tratamiento	Uso de EPP Ingreso al SVE _____ Reasignar Funciones Reubicación Temporal	Inicio de Actividad Física: ____ Dejar de Fumar: _____ Reducir consumo de alcohol: _____ Control de Peso: _____ Otro _____ Cuál: _____

RECOMENDACIONES U OBSERVACIONES

MÉDICO: Nombre: _____ Firma: _____ Licencia de Salud Ocupacional: _____	TRABAJADOR: Nombre legible: _____ Firma: _____ Cédula: _____ (Declaro que la información suministrada y aquí consignada es veraz y puede ser verificada)
---	---