

HISTORIA CLINICA LABORAL

Medicina humana
Dra. Ana Laura Domínguez

PRESENTA:

Andrés Alonso Cancino García

GRUPO, SEMESTRE y MODALIDAD:

5to Semestre Y Grupo B, Medicina Del Trabajo

Comitán de Domínguez, Chiapas

Fecha: 19/12/2020

HISTORIA CLINICA LABORAL										
		Empresa								
		Código					Fecha de realización			
		N°. Expediente								
Elaborado					Aprobado				Hora:	
DATOS DE IDENTIFICACION										
Apellidos y nombres			Edad	Genero	Fecha de nacimiento			Cedula		
Estado civil			Instrucción				teléfono		Celular	
Lugar de nacimiento			Dirección					Barrio		
Ocupación			Correo					G. F. N°		
Referencia			Dirección					Teléfono		
CURP				Funciones principales						
Cargo				Nacionalidad						
Antigüedad				Escolaridad			Raza			
Otros datos de relevancia:										
HISTORIA OCUPACIONAL										
Oficios desempeñados			Tiempo		Exámenes			Secuelas	Indemnizado	
Empresa / Área	Ocupación / Oficio		Años	Meses	Si	No	N°	Si/No	Si/no	Fecha
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
Actual:										
Presto servicio militar: Si _____ No _____ Tiempo _____										

Descripción laboral									
Puesto de trabajo		Nombre del cargo		Fecha de ingreso			Horas laborales		Horario
Área de trabajo	Tipo de trabajo		D. de la empresa			Ciudad	Lugar de trabajo		Antigüedad
Actividad de la empresa		Dependencia		Tipo de empresa		Teléfono			
Descripción del puesto									
Requerimientos del puesto									
Describir tipo de accidente, lesiones y/o secuelas:									
Breve descripción del accidente laboral:									
Descripción de la incapacidad:									
PROBABLES FACTORES DE RIESGO									
Físicos		Mecánicos		No mecánicos			Químicos		
Biológicos		Psicosociales					Ergonómicos		
HISTORIA OCUPACIONAL Y EXPOSICION									
Empresa	Exposición años/meses	Físicos mecánicos	Físicos no mecánicos	Químicos	Ergonómicos	Biológicos	Psicosociales	Otros	
Cargo/ A									
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
Actual									
Breve descripción de la exposición:									
Uso de elementos de protección personal (EPP): Si: _____ No: _____ Ocasional: _____									
Actividades extralaborales:									

ANTECEDENTES FAMILIARES O HISTORIA FAMILIAR

Patología	No	Si	Parentesco	Describir
Diabetes				
Cardiovascular				
Neoplasias				
Renales				
Inmunológicas				
Respiratorios				
TBC				
Reumáticos				
Neurológicos				
Mentales				
Digestivos				
Otros				

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades	
Traumáticos	
Cirugías	
Tratamientos previos	
Alergias	
Discapacidades	

Ginecológicos	Embarazo		Planifica		M. planificación				
Gestas		Partos		Cesáreas		Abortos		Causa	
Fecha de ultima citología				Año		R. de citología			
FUM		Año		Amenorrea		Tiempo		Dismenorrea	

Observaciones:									
Hábitos	Frecuencia	Descripción / Observación			Números de hijos				
Deportes					Servicios básicos				
Tabaco					Condición economi.				
Alcohol					Fuente de ingreso				
Drogas					Lugar de residencia				
Otros					Nº de habitaciones				
D. de vivienda									

Vacunación	Inicio			Refuerzo			Refuerzo			
	Vacunas	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Observaciones									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sistema	D	C	Descripción						
S.N.C. Neurológico/mental									
Órgano de los sentidos									
S. respiratorio									
Cardiovascular									
Gastrointestinal									
Metabólico y endocrino									

Genitourinario			
Osteomuscular			
Piel y anexos			
Esfera psíquica			

Descripción	
-------------	--

--

EXAMEN FISICO

Peso	Estatura	IMC	P.A.	Pulso	F.R.	
F.C.	Estado general:	Estado mental:		D:	Z:	A:
		Descripción E.G.				

--

HALLAZGOS

Órgano / Sistema	Estado	Descripción	
Cabeza		Cráneo	
		Ojos	
		Visiometria	
		Oídos	
		Nariz	
		Orofaringe	
Neurológico			
Cuello		Inspección	
		Palpación	
		Adenopatías	
		G. tiroides	
Tórax		Pulmonar	Inspección
			Palpación
			Percusión
			Auscultación
		Corazón	Inspección
			Palpación
			Percusión
			Auscultación
		G. mamaria	Inspección
			Palpación
			Pezones
			Cicatrices

			Secreción	
--	--	--	-----------	--

Abdomen

Inspección		
------------	--	--

Auscultación		
--------------	--	--

Palpación		
-----------	--	--

Percusión		
-----------	--	--

Genitourinario		Inspección	
		Vello púbico	
		Otros	

Osteomuscular

M. superiores		D	
		I	

M. inferiores		D	
		I	

Columna vertebral		
-------------------	--	--

Vascular periférica		
---------------------	--	--

Piel y faneras		
----------------	--	--

Otros hallazgos:

EXAMENES DE LABORATORIO

Examen	Fecha			Resultado
1.				
2.				
3.				
4.				
6.				
7.				

Anotaciones:

DIAGNOSTICOS

1.

2.
3.
4.
5.

RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTO

Uso de elementos de protección recomendado							
	Ojos	Oídos	Cara	Cabeza	Respira.	Traje	Otro ¿Cuál?

¿Cuál(es)?	
------------	--

CONCEPTO MEDICO DE INGRESO/ REINTEGRO

Concepto	Observaciones
Apto	
Apto con restricciones que no interfieren con su trabajo normal	
Apto con restricciones que limitan su trabajo normal	
Aplazado	
No apto	

Requiere reubicación: No: _____ Si: _____ Restricciones: _____

Firma y cedula del examinado

Nombre, firma y registro medico

EVOLUCION SALUD LABORAL

FECHA				
FECHA				
FECHA				
Observaciones generales y seguimiento medico				