



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Jaqueline Monserrat SelvasPérez

Nombre del tema: investigación sobre los riesgos del trabajo

Parcial: 4°

Nombre de la Materia: medicina del trabajo

Nombre del profesor: Lic. José Sebastián Pérez

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

HISTORIA CLÍNICA

Fecha: _____ Número de expediente clínico: _____

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____ Ocupación: _____

Estado civil: _____ Nacionalidad: _____

Tipo de sangre: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Motivo de consulta: _____

Enfermedad actual: _____

Antecedentes de enfermedad actual: _____

Antecedentes personales:

Hábitos tóxicos

Alcohol: _____

Tabaco: _____

Drogas: _____

Infusiones: _____

Actividad física: _____

Hábitos fisiológicos

Alimentación: _____

Diuresis: _____

Catarsis: _____

Sueño: _____

Sexualidad: _____

Alergias: _____

Otros: _____

Enfermedades de la infancia: _____

Enfermedades: _____

CV: _____

Respiratorio: _____

Gastrointestinales: _____

Nefro urológicos: _____

Neurológicos: _____

Hematológicos: _____

Ginecológicos: _____

Infectológicos: _____

Endocrinológicos: _____

Quirúrgicos: _____

Traumatológicos: _____

Alérgicos: _____

Antecedentes heredofamiliares: _____

HISTORIA CLINICA LABORAL.

LLENE LOS APARTADOS Y MARQUE CON UNA X EN LOS SIGUIENTES APARTADOS.

D. ANTECEDENTES DE TRABAJO										
ANTECEDENTES DE EMPLEOS ANTERIORES										
EMPRESA	PUESTO DE TRABAJO	ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA	TIEMPO DE TRABAJO (meses)	RIESGO					OBSERVACIONES	
				FISICO	MECANICO	QUIMICO	BIOLOGICO	ERGONOMICO		PSICOLOGICAL

ACCIDENTES DE TRABAJO (DESCRIPCIÓN)			
FUE CALIFICADO POR EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE	SI <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR: _____	NO <input type="checkbox"/>
FECHA:			
		aaaa	mm dd
OBSERVACIONES:			

ENFERMEDADES PROFESIONALES			
FUE CALIFICADA POR EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE	SI <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR: _____	NO <input type="checkbox"/>
FECHA:			
		aaaa	mm dd
OBSERVACIONES:			

E. ANTECEDENTES FAMILIARES (DETALLARE L PARENTESCO)							
1. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	2. ENFERMEDAD METABÓLICA	3. ENFERMEDAD NEUROLÓGICA	4. ENFERMEDAD ONCOLÓGICA	5. ENFERMEDAD INFECCIOSA	6. ENFERMEDAD HEREDITARIA CONGÉNITA	7. DISCAPACIDADES	8. OTROS
DESCRIPCIÓN:							

