

## EXAMEN INTRA - OCUPACIONAL

Este formulario debe ser llenado por los Centros Médicos habilitados, con cargo al Empleador, y entregado en el plazo de 10 días en área rural o 5 en área urbana de registrado el dependiente (Resolución SP - 037/97). El original corresponde al Ente Gestor de Salud, con las siguientes copias 1.- Gestora, 2.- Ministerio de Trabajo Empleo y Previsión Social (a través de sus Direcciones o canales correspondientes), 3.- Instituto Nacional de Salud Ocupacional, 4.- Asegurado, 5.- Empleador.

<b>Trabajador Asegurado</b>  <b>Dirección Identificación</b>  <b>Información Laboral</b>	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Nombres		CUA			
	RUIZ	ARIAZ		ROLANDO					
	Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud			EGS.					
	CI	RUN	PAS/C.E.	Sexo	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento	DD	MM	AAAA
	13069652 PT.			06			12	2003	
	Soltero <input checked="" type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Conviviente <input type="checkbox"/>	Nacionalidad	BOLIVIANO		
	Departamento	Provincia	Ciudad / Localidad	Zona / Barrio / Urbanización		Teléfono / otros			
	POTOSI	CORNELIO SAAVEDRA	TIRQUIBUCO			73890534			
	Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio	Bloque	Departamento		
		LOC. TIRQUIBUCO		S/N					
Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> NIT/Asegurado independiente					Fecha de inicio de relación laboral				
					DD	MM	AAAA		
Ocupación <b>MANIOBRISTA</b>									
Nombre o Razón Social del Empleador			Teléfono	Fax	Otros				
CyC "SERVICIOS INTEGRALES"			72420649						
Número patronal 12-951-0004			NIT <input checked="" type="checkbox"/> GOB <input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/>	8614011010					
Departamento	Provincia	Ciudad / Localidad	Zona / Barrio / Urbanización	Teléfono / otros					
POTOSI	NOR LIPÉZ	SAN CRISTOBAL	ZONA CENTRAL	72420649					
Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio	Bloque	Departamento			
MIRAFLORES	MIRAFLORES		68						

## Sección para ser llenada por el Médico del trabajo

## RECORD DE SERVICIOS

Empresa	Ocupación	Años (de - a)	Tiempo de trabajo en meses
1.			
2.			
3.			

Contaminantes a los que va a ser expuesto el trabajador:

Hábitos (cigarrillo. Alcohol, coca, otros): **FUMA, BEBE, MASTICA COCA OCASIONAL**

Practica actualmente algún deporte: **NINGUNO**

Enfermedades anteriores: **IRAS Y EDAS PROPIAS DE LA EDAD,**

Intervenciones quirúrgicas: **NINGUNO**

Accidentes: **NINGUNO**

Exámen psicológico elemental (integridad psicológica, estado mental, estado emocional, actitud, relaciones humanas, ambiente familiar, motivación para el trabajo):  
**PSICOLOGICAMENTE INTEGRITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EMOCIONALMENTE ESTABLE.**

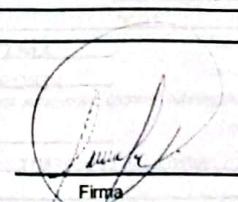
Antecedentes Gineco - Obstétricos:	Menarquia:					
Tipo menstrual:	Dismenorrea:	Gesta:	Para:			
FUM:		Nº de hijos vivos:				
Estado actual de salud (Síntomas, fecha de inicio, tratamiento): <b>CLINICAMENTE ESTABLE</b>						
Examen físico:	NORMOTIPO	Peso (Kg.): 70 KG	Talla (cms): 1,67 CM	Signos vitales:	P.A. 111/79	Temp. 36,2°C
Frec. Resp.:	20 X'					
Relación peso - estatural:	<b>I.M.C. 25,5 %</b>					
Pulso en reposo y esfuerzo:	<b>REPOSO: 70 X' ESFUERZO: 80 X'</b>					Características: <b>RITMICOS, REGULARES</b>
Defectos congénitos o adquiridos (marcha claudicante, acortamiento, atrofia muscular, parálisis, parestesia, rigidez, limitación de movimientos, cifosis, escoliosis, lordosis, estrabismo, etc.):						
<b>NINGUNO EVIDENTE</b>						

FORM SP 006/97

EMPLEADOR



Examen físico segmentario:	
CRANEO NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO CILINDRICO, SIMETRICO SIN ADENOPATIAS.	
CONJUNTIVAS BLANQUESINAS, PUPILAS ISOCORICAS FOTORREACTIVAS.	
TORAX SIMETRICO, EXPANSION CONSERVADA, AMBOS CAMPOS PULM. CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO.	
CORAZON CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, REGULARES Y NORMOFONETICOS.	
ABDOMEN ,BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, RUIDOS HIDROAEREO NORMOACTIVOS.	
EXTREMIDADES CON TONO TROFISMO CONSERVADO.	
Exámenes radiológicos (comentario):	
RAYOS X DE TORAX PROYECCION P.A.	
PARTES BLANDAS SIN PARTICULARIDADES, CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA CONSERVADA,	
TRAMA BRONCOVASCULAR HILIAR REFORZADA, ANGULOS COSTODIAFRAGMATICOS Y CARDIOFRENICOS LIBRES.	
SOMBRA CARDIACA (GRANDES VASOS Y BOTON AORTICO) EN LIMITES HABITUALES.	
Exámenes de laboratorio (comentario)	
G.R.5'.560.000 mm <sup>3</sup> Ht. 47,5 % Hb. 15,3 mg/dl. G.BLANCOS 8.100 mm <sup>3</sup> GRUPO SANG.: "0" Rh. POSITIVO	
GLICEMIA: 76,50 mg/dl. UREA: 27,6 mg/dl. CREATININA: 0,82 mg/dl. VDRL: NO REACTIVO	
EX. de ORINA: CFL EPIT: 15 - 17 PCM. LEUCOCITOS: 10 - 12 pcm. GLOB. ROJOS: - BACTERIAS: REGULAR CANTIDAD	
Exámenes especiales en función a los contaminantes o agentes a que será expuesto el trabajador:	
Diagnóstico:	
CLINICAMENTE SANO AL EXAMEN MEDICO (OCCUPACIONAL)	
INFECCION DE VIAS URINARIAS	
Comentario:	
APTO PARA EL TRABAJO (CON DESARROLLO DE ACTIVIDAD FISICO - MENTAL NORMAL)	
Recomendaciones:	
USO DE MEDIDAS DE PROTECCION LABORAL DE ACUERDO AL AREA DE TRABAJO.	
CONTROL Y TRATAMIENTO POR MEDICINA FAMILIAR	
 Nombre y Firma del Médico Examinador	
UYUNI, 11 DE OCTUBRE del 2.023 Lugar y Fecha	

DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR:			
- Características del puesto de trabajo: (demanda física, mental, sensorial, social)		TRABAJO BAJO PRESION UTILIZANDO LOS SENTIDOS DE LA VISTA Y OIDO EN LA OPERACIÓN DE EQUIPOS EN COORDINACION Y COMUNICACIÓN CON PERSONAL DEL TRABAJO	
- Agentes a los que estará expuesto el trabajador :			
FÍSICOS	QUÍMICOS	BIOLÓGICOS	RIESGOS PSICOSOCIALES
1.- REALIZA TRABAJO PSICOLOGICO			
2.- REALIZA TRABAJOS EN ALTURA GEOGRAFICA MAYOR A 3800 msnm			
3.- REALIZA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS			
4.- REALIZA TRABAJOS EN ALTURA MAYORES A 1,8 m			
Responsable:			
LEYDI XIMENA LOPEZ CRUZ		SUPERVISOR OPERATIVO	
Nombre		Cargo	
		 Firma	

NOTA IMPORTANTE: Este formulario debe ser llenado por especialista en Medicina del Trabajo o Entes Gestores que tengan estos servicios.