

**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			
	FLORES	MOLLO		LEOCADIO						
	Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud			EGS	Sexo		Fecha de Nacimiento	DD	MM	AAAA
	CI	RUN	PAS/C.E	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M			07	12	1980
	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input checked="" type="checkbox"/>	Mudo <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Conviviente <input type="checkbox"/>		Nacionalidad	BOLIVIANO		
	Departamento	Provincia	Ciudad / Localidad	Zona / Barrio / Urbanización			Teléfono / otros			
	POTOSI	NOR LIEPEZ	RIO MARQUEZ				74234515			
	Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio		Bloque	Departamento		
		SAN CRISTOBAL		S/N						
	Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> NIT/Asegurado independiente						Fecha de inicio de relación laboral			
						DD	MM	AAAA		
Ocupación AYUDANTE										
Nombre o Razón Social del Empleador CyC "SERVICIOS INTEGRALES"			Teléfono	Fax			Otros			
Número patronal 12-951-0004			72420649				8614011010			
Departamento	Provincia	Ciudad / Localidad	Zona / Barrio / Urbanización			Teléfono / otros				
POTOSI	NOR LIEPEZ	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**

Práctica actualmente algún deporte: **FUTSAL**

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 INTEGRAL, CONSCIENTE, ORIENTADO, EMOCIONALMENTE ESTABLE.**

Antecedentes Gineco - Obstétricos: Menarquia: \_\_\_\_\_

Tipo menstrual: \_\_\_\_\_ Dismenorrea: \_\_\_\_\_ Gesta: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_

FUM: \_\_\_\_\_ N° de hijos vivos: \_\_\_\_\_

Estado actual de salud (Síntomas, fecha de inicio, tratamiento): **CLINICAMENTE ESTABLE/**

Examen físico: **NORMOTIPO** Peso (Kg) **62 KG** Talla (cms) **1,64 CM** Signos vitales: **96/59 P.A. 36,1 °C Temp.**

Frec. Resp.: **20 x'**

Relación peso - estatural: **I.M.C. 23,0 %**

Pulso en reposo y esfuerzo: **REPOSO 71 X' ESFUERZO 80 X'** Características: **RITMICOS, REGULARES**

Defectos congénitos o adquiridos (marcha claudicante, acortamiento, atrofia muscular, parálisis, parestesia, rigidez, limitación de movimientos, cifosis, escoliosis, lordosis, estrabismo, etc.): **NINGUNO EVIDENTE**



## Examen fisico segmentario

CRANEO NORMOCERATO, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO CILINDRICO, SIMETRICO SIN ADENOPATIAS.  
 CONJUNTIVAS BLANQUESTAS, PUPILLAS ISOCORICAS POTORREACTIVAS.  
 TORAX SIMETRICO, EXPANSION CONSERVADA, AMBOS CAMPOS PULM. CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO  
 CORAZON CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, REGULARES Y NORMOFONETICOS.  
 ABDOMEN: GLOBULOSO, BLANDO, DEPRESSIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION. RUIDOS HIDROAEREOS NORMOACTIVOS.  
 EXTREMIDADES CON TONO TROFISMO CONSERVADO,

## Exámenes radiológicos (comentario)

RAYOS X DE TORAX PROYECCION P.A., TEJIDO OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES.  
 CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA CONSERVADA,  
 TRAMA BRONCOPULMONAR HILIAR REFORZADA, ANGULOS COSTODIAFRAGMATICOS Y CARDIOFRENICOS LIBRES.  
 SOMBRA CARDIACA AUMENTADA DE VOLUMEN (GRANDES VASOS Y BOTON AORTICO) EN LIMITES HABITUALES.

## Exámenes de laboratorio (comentario)

G.R. 5'940.000 mm<sup>3</sup> Hto. 52,5 % Hb. 17,8 mg/dl. G.BLANCOS: 6,800 mm<sup>3</sup> GRUPO SANG.: "0" Rh. POSITIVO  
 GLICEMIA: 82 mg/dl. UREA: 28, mg/dl. CREATININA: 0,7 mg/dl. VDRL: NO REACTIVO  
 EX. de URINA: TELEPIR.: ESCASOS, LEUCOCITOS: 1-3 pcm. GLOB. ROJOS: pcm. BACTERIAS: REGULAR CANTIDAD

Exámenes especiales en función a los contaminantes o agentes a que será expuesto el trabajador

## Diagnóstico

ESTABLE AL EXAMEN MEDICO (OCCUPACIONAL)

## 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.

  
 Nombre y Firma del Médico: Dr. Rodriguez  
 Oficina MEDICO: Oficina de Salud Uyuni  
 Calle: Uyuni s/n  
 Distrito: Uyuni  
 Provincia: Potosí  
 Fecha: 27/12/2023

UYUNI, 27 de DICIEMBRE 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 LOPEZ CRUZ

Nombre

SUPERVISOR OPERATIVO

Cargo

Firma

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