

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 al 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.

Trabajador Asegurado	Apellido Paterno		Apellido Materno		Apellido de Casada		Nombres		CUIA		
	FLORES		MOLLO				LEOCADIO				
	Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud				EGS		Fecha de Nacimiento		DD	MM	AAAA
	CI		RUN		PASCE		Sexo				
	8644865 PT						M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
Dirección Identificación	Soltero <input type="checkbox"/>		Casado <input checked="" type="checkbox"/>		Viudo <input type="checkbox"/>		Divorciado <input type="checkbox"/>		Conviviente <input type="checkbox"/>		Nacionalidad
	BOLIVIANO										teléfono / otros
	Departamento		Provincia		Ciudad / Localidad		Zona / Barrio / Urbanización				74234515
	POTOSI		NOR LIPEZ		RIO MARQUEZ						
	Avenida		Calle		Pasaje		Número		Edificio		Bloque
		SAN CRISTOBAL				SN					
Información Laboral	Dependiente <input checked="" type="checkbox"/>		Independiente <input type="checkbox"/>		NIT/Asegurado independiente				Fecha de inicio de relación laboral		
	Ocupación								DD	MM	AAAA
	AYUDANTE										
	Nombre o Razón Social del Empleador		Teléfono		Fax		Otros				
	CyC "SERVICIOS INTEGRALES"		72420649								
	Número patronal		NIT <input checked="" type="checkbox"/>		GOB <input type="checkbox"/>		SUP <input type="checkbox"/>		8614011010		
	12-951-0004										
	Departamento		Provincia		Ciudad / Localidad		Zona / Barrio / Urbanización		Teléfono / otros		
	POTOSI		NOR LIPEZ		SAN CRISTOBAL		ZONA CENTRAL		72420649		
	Avenida		Calle		Pasaje		Número		Edificio		Bloque
		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: **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 pondo - 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

FORM SP 006/97



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD OCUPACIONAL

Examen físico segmentario

CRANEO NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO CILINDRICO, SIMETRICO SIN ADENOPATIAS.
CONJUNTIVAS BLANQUEAS, PUPILAS ISOCORICAS FOTORREACTIVAS.
TORAX SIMETRICO, EXPANSION CONSERVADA, AMBOS CAMPOS PULM. CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO
CORAZON CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, REGULARES Y NORMOFONETICOS.
ABDOMEN: GLOBULOSO, BLANDO, DEPRESIBLE, 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 BRONCOVASCULAR HILAR REFORZADA, ANGULOS COSTODIAFRAGMATICOS Y CARDIOFRENICOS LIBRES.
SOMBRA CARDIACA AUMENTADO DE VOLUMEN (GRANDES VASOS Y BOTON AORTICO) EN LIMITES HABITUALES.

Exámenes de laboratorio (comentario)

G.R. 5'940.000 mm³ Hto. 52,5 % Hb. 17,8 mg/dl. G.BLANCOS: 6,800 mm³ GRUPO SANG.: "O" Rh. POSITIVO
GLICEMIA: 82 mg/dl. UREA: 28, mg/dl. CREATININA: 0,7 mg/dl. VDRL: NO REACTIVO
EX. de ORINA: CELEPIT.: 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 (OCUPACIONAL)

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 Examinador:

Dr. Roberto Rocha
Médico Ocupacional
Min. de Salud UYUNI

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