

## EXAMEN

## OCUPACIONAL



Este formulario debe ser llenado por los Centros Médicos habilitados por la Superintendencia, 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 para el Ente Gestor de Salud, copias 1.- AFP, 2.- Superintendencia de Pensiones, 3.- Direcciones Departamentales y Regionales del Ministerio de Trabajo y Microempresa, 4.- Instituto Nacional de Salud Ocupacional, 5.- Afiliado, 6.- Empleador.

<b>Trabajador Afiliado</b>	Apellido Paterno <b>ACHO</b>	Apellido Materno <b>MENDOZA</b>	Apellido de Casada	Nombres <b>SANJINES</b>	NUA			
	Matrícula del asegurado al ente gestor de salud <b>6603194 PT</b>	RUN <b>6603194 PT</b>	PAS/C.E. <b></b>	Sexo <b>M ✓ F □</b>	Fecha de Nacimiento <b>25 08 1982</b>	DD	MM	AAAA
Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input checked="" type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/>				Nacionalidad : <b>BOLIVIANO</b>				
Departamento <b>POTOSI</b>	Provincia <b>SUD LIEPEZ</b>	Ciudad / Localidad <b>AGUA MILAGRO</b>	Zona / Barrio / Urbanización	Teléfono / otros				
Domicilio actual (Calle y Nro) <b>C./FINAL SANTA CRUZ S/N VILLAZON - PT</b>								

Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> NIT/Afiliado Independiente : _____				Fecha de inicio de relación laboral		
Ocupación <b>AYUDANTE</b>				DD	MM	AAAA
Nombre o Razón Social del empleador <b>C&amp;C "SERVICIOS INTEGRALES"</b>		Teléfono <b>72420649</b>	Fax	Otros		
Número patronal <b>12-951-0004</b>		NIT empleador <b>FERMINA CORDOVA NIT: 8614011010</b>				
Departamento <b>POTOSI</b>	Provincia <b>NOR LIEPEZ</b>	Ciudad / Localidad <b>SAN CRISTOBAL</b>	Zona / Barrio / Urbanización <b>CENTRAL</b>			
Domicilio actual (Calle y Nro) <b>CALLE MIRAFLORES # 69</b>						

**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): \_\_\_\_\_

Practica actualmente algún deporte: \_\_\_\_\_

Enfermedades anteriores: \_\_\_\_\_

Intervenciones quirúrgicas: **FUMA NO, BEBE NO, MASTICA COCA SI**

Accidentes: **VARIADO**

Exámen psicológico elemental (Integridad psíquica, humor mental, estado emocional, actitud, relaciones humanas, ambiente familiar, motivación para el trabajo): **NINGUNO**

Antecedentes Gineco - Obsétricos: **NINGUNO** Menarquía: \_\_\_\_\_

Tipo menstrual: \_\_\_\_\_ Dismenorrea: \_\_\_\_\_ Gestación: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_

**FUMADORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO, FUNCIONES MENTALES SUP.CONSERVADQ; EMOCIONALMENTE ESTABLE**

Estado actual de salud (Síntomas, fecha de inicio, tratamiento): \_\_\_\_\_

**ASINTOMATICO.**

Examen físico: \_\_\_\_\_ Peso (Kg.): \_\_\_\_\_ Talla (cms.): \_\_\_\_\_ Signos vitales: \_\_\_\_\_ P.A. \_\_\_\_\_ Temp.: \_\_\_\_\_

Frec. Resp.: \_\_\_\_\_

Relación peso - estatural: \_\_\_\_\_

Pulso en reposo y esfuerzo: **NORMOTIPO.** **75** **1.62** Características: **SI** **130/69** **36.5 °C**

Defectos congénitos o adquiridos (mucha claudicante, acortamiento, atrofia muscular, parálisis, parestesia, rigidez, limitación de movimientos, cifosis, escoliosis, lordosis, estrabismo, etc.): **20X** **28.6**

**71 X'** **110 X'** RITMOS REGULARES

FORM SP 006/97 NINGUNO ENTE GESTOR DE SALUD

Examen físico segmentario:	CRANEO: Normocéfalo, de implantación pilosa normal, sin masas ni deformaciones. OJOS: Pupilas foto reactivas, escleras anítericas, agudeza visual conservada. OÍDOS: Pabellones auriculares con buena implantación C.A.E. permeables sin secreciones, normoacusia. NARIZ: Pirámide nasal simétrica, fosas nasales permeables, sin presencia de secreciones. BOCA: Mucosa yugal húmeda y rozada, orofaringe normal. CUELLO: Cefálico, simétrico, sin presencia de masas ni adenopatías. TORAX: Simétrico, expansibilidad y elasticidad conservada. CARDIACO: Latidos cardíacos rítmicos y regulares, sin presencia de ruidos sobre agregados. PULMONAR: Murmullo vesicular conservados, sin presencia de ruidos sobre agregados. ABDOMEN: Blando, depresible, R.H.A (+) normoactivos, no doloroso a la palpación profunda. EXTREMIDADES: Tono trofismo conservado, sensibilidad y motricidad conservada. GENITALES: de características masculinas normales.
Exámenes radiológicos (comentario):	
<b>RAYOS X: TORAX PA AUMENTO DE LA TRAMA VASCULAR</b>	
Exámenes especiales en función a los contaminantes o agentes a que será expuesto el trabajador: <b>HEMOGRAMA: GR: 6.350 .000 Hto: 56.2 % Hb: 18.8 mg/dl VDRL: No Reactivo G. Sanguíneo: 0 Rh (+) Glicemia: 82 mg/dl EGO: Cel. Epiteliales: 0-1 pcm. Leucocitos: 2-3 pcm, Bacterias: ESCASA. GR: - pcm Urea: 24.5 mg/dl Creatinina: 1,1 mg/dl. R. WIDAL: O: - H: - A: - B: - PILOCITOS: - pcm</b>	
Diagnóstico:	
<b>1.- Paciente CLINICAMENTE SANO al examen INTRA-OCCUPACIONAL</b>	
Comentario:	
<b>APTO PARA EL TRABAJO</b>	
Recomendaciones:	
<b>Utilizar normas de seguridad industrial y laboral</b>	
Nombre y Firma del Médico Examinador <i>Dr. Jorge A. Cárdenas Soto MEDICO - CIRUJANO MÉT. MED. G. - 2282</i>	Lugar y Fecha Uyuni 15 de Marzo de 2023

DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR:									
<p>- Características del puesto de trabajo: (demanda física, mental, sensorial, social)</p> <p><b>TRABAJO BAJO PRESIÓN UTILIZANDO LOS SENTIDOS DE LA VISTA Y OIDO EN COORDINACIÓN Y COMUNICACIÓN CON PERSONAL DEL TRABAJO</b></p>									
<p>- Agentes a los que estará expuesto el trabajador :</p> <table border="0"> <tr> <td>FÍSICOS</td> <td>QUÍMICOS</td> <td>BIOLÓGICOS</td> <td>RIESGOS PSICOSOCIALES</td> </tr> </table>				FÍSICOS	QUÍMICOS	BIOLÓGICOS	RIESGOS PSICOSOCIALES		
FÍSICOS	QUÍMICOS	BIOLÓGICOS	RIESGOS PSICOSOCIALES						
<p>1.- <u>REALIZA TRABAJO PSICOLOGICO</u></p>									
<p>2.- <u>REALIZA TRABAJOS EN ALTURA GEOGRÁFICA MAYOR A 3800 msnm</u></p>									
<p>3.- <u>REALIZA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS</u></p>									
<p>4.- <u>REALIZA TRABAJOS EN ALTURA MAYORES A 1,8 m</u></p>									
<p>Responsable:</p> <table border="0"> <tr> <td>Efrain Mamani</td> <td>HSEQ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nombre</td> <td>Cargo</td> <td>Firma</td> </tr> </table>				Efrain Mamani	HSEQ		Nombre	Cargo	Firma
Efrain Mamani	HSEQ								
Nombre	Cargo	Firma							

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