



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.

Trabajador/Asegurado
Dirección/Identificación

Información Laboral

Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Nombres		CUA			
ANGULO	YUCRA		JOEL					
Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud			EGS					
CI	RUN	PAS/C E	Sexo		Fecha de Nacimiento	DD	MM	AAAA
8552912 PT.			M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		23	07		2001
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			72855411			
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								
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 LIEPZ	SAN CRISTOBAL	ZONA CENTRAL		72420649			
Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio	Bloque	Departamento		
MIRAFLORES	MIRAFLORES		69					

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 NO, BEBE OCACIONALMENTE, MASTICA COCA SI

Practica actualmente algún deporte: GIMNASIO

Enfermedades anteriores: IRAS Y EDAS PROPIAS DE LA EDAD

Intervenciones quirúrgicas: MADRE DIABETES

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: Menarquila:

Tipo menstrual: Dismenorrea: Gestación: Para:

FUM: Nº de hijos vivos:

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

CLINICAMENTE ESTABLE /

Examen físico: NORMOTIPO Peso (Kg): 71 KG Talla (cms): 1,64 CM Signos vitales: 103/60 P.A. 36.1°C Temp.:

Frec. Resp.: 20 x'

Relación peso - estatural: I.M.C. 26.4 %

Pulso en reposo y esfuerzo: REPOSO 70 x' ESFUERZO 90 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 NORMOCERAL, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO CILINDRICO, SIMETRICO SIN ADENOPATIAS.
CONJUNTIVAS BLANQUESTAS, PUPILLAS ISOCORICAS FOTORREACTIVAS.
TORAX SIMETRICO, EXPANSION CONSERVADA, AMBOS CAMPOS PULM. CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO
CORAZON CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, REGULARES Y NORMOFONETICOS.
ABDOMEN: PLANO, 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 BRONCOVASCULAR HILIAR REFORZADA, ANGULOS COSTODIAFRAGMATICOS Y CARDIOFRENICOS LIBRES.

SOMBRA CARDIACA ALIMENTADO DE VOLUMEN (GRANDES VASOS Y BOTON AORTICO) EN LIMITES HABITUALES

Exámenes de laboratorio (comentario):

G.R. 5,960.000 mm³ Hto. 56.1% Hb. 19.4 mg/dl. G.BLANCOS: 6.400 mm³ GRUPO SANG.: "0" Rh. POSITIVO

GLICEMIA: 74 mg/dl. UREA: 28, mg/dl. CREATININA: 1.0 mg/dl. VDRL: NO REACTIVO

EX. de ORINA: CEL. EPIT.: 0 - 1 pcm, LEUCOCITOS: 1 - 2 pcm. GLOB. ROJOS: 0 pcm. BACTERIAS: NINGUNO

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

Diagnóstico:

ESTABLE AL EXAMEN MEDICO (INTRA-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 Examinador

UYUNI, 17 de ENERO del 2.024

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

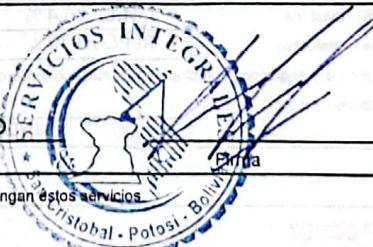
Responsable:

LEYDI LOPEZ CRUZ

Nombre

SUPERVISOR OPERATIVO

Cargo



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