



## 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 Centro 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	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Nombres		CUA	
	ANGULO	YUCRA		JOEL			
	Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud	CI		RUN	PAS/CE	Sexo	EGS
	8552912 PT.					M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
	Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento		DD	MM	AAAA	
			23	07	2001		
	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				

Información Laboral	Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> NIT/Asegurado independiente	Fecha de inicio de relación laboral	
	Ocupación	DD	MM
	AYUDANTE		
	Nombre o Razón Social del Empleador	Teléfono	Fax
	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
	POTOSI	NOR LIPEZ	SAN CRISTOBAL
	Avenida	Calle	Pasaje
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
Examen psicológico elemental (Integridad psicológica, estado mental, estado emocional, actitud, relaciones humanas, ambiente familiar, motivación para el trabajo):	
PSICOLOGICAMENTE INTEGRO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EMOCIONALMENTE ESTABLE.	
Antecedentes Gineco - Obstétricos:	Menarquia:
Tipo menstrual:	Dismenorrea:
FUM:	Gesta: Para:
Estado actual de salud (Síntomas, fecha de inicio, tratamiento):	Nº de hijos vivos:
CLINICAMENTE ESTABLE /	
Examen físico:	NORMOTIPO
Peso (Kg):	71 KG
Talla (cms):	1,64 CM
Signos vitales:	103/60 P.A. 36,1°C
Frec. Resp.:	20 x'
Relación pondo - 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 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: PLANO, 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. 5,960.000 mm<sup>3</sup> Hto. 56.1% Hb. 19.4 mg/dl. G.BLANCOS: 6.400 mm<sup>3</sup> GRUPO SANG.: "O" 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-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

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.