

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

Trabajador Afiliado	Apellido Paterno FLORES	Apellido Materno QUISPE	Apellido de Casada	Nombres SANTOS	NUA			
	Matrícula del asegurado al ente gestor de salud 6688974-1H PO	RUN 6688974-1H PO	PAS/C E	Sexo M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento 20 11 1989	DD	MM	AAAA
Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Mudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/>					Nacionalidad BOLIVIANO			
Departamento POTOSI	Provincia NOR LIPEZ	Ciudad / Localidad SAN CRISTOBAL	Zona / Barrio / Urbanización	Teléfono / otros				
Domicilio actual (Calle y Nro) LOC. SAN CRISTOBAL PT.								

Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> RUC/Afiliado independiente : _____			Fecha de inicio de relación laboral			
Ocupación AYUDANTE			DD	MM	AAAA	
Nombre o Razón Social del empleador C&C "SERVICIOS INTEGRALES"			Teléfono 72420649	Fax	Otros	
Número patronal 12-951-0004		RUC empleador FERMINA CORDOVA NIT: 8614011010				
Departamento POTOSI	Provincia NOR LIPEZ	Ciudad / Localidad SAN CRISTOBAL	Zona / Barrio / Urbanización CENTRAL			
Domicilio actual (Calle y Nro) CALLE 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, BEBE, MASTICA COCA OCASIONAL**Practica actualmente algún deporte: **FUTBOL**Enfermedades anteriores: **IRAS Y EDAS PROPIAS DE LA EDAD**Intervenciones quirúrgicas: **NINGUNO DE IMPORTANCIA**Accidentes: **NINGUNO DE IMPORTANCIA**Examen psicológico elemental (Integridad psicológica, estado mental, estado emocional, actitud, relaciones humanas, ambiente familiar, motivación para el trabajo):
PSICOLOGICAMENTE INTEGRITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EMOCIONALMENTE ESTABLE.

Antecedentes Gineco - Obstétricos: _____ Menarquia: _____

Tipo menstrual: _____ Dismenorrea: _____ Gestación: _____ Para: _____

FUM: _____ N° de hijos vivos: _____

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

ASINTOMATICO /Examen físico: **NORMOTIPO** Peso (Kg.): **72,500 KG** talla (cms): **1,62 CM** Signos vitales: _____ P. **121/67** Temp. **36,8 °C**Frec. Resp.: **20 X'**Relación peso - estatural: **I.M.C. 27,6 %**Pulso en reposo y esfuerzo: **REPOSO 81 x' ESFUERZO 90 x'** Características **RITMICOS, REGULARES**

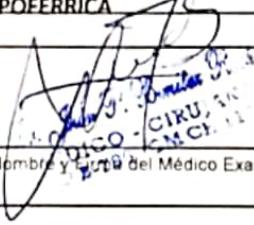
Defectos congénitos o adquiridos (marcha claudicante, acortamiento, atrofia muscular, parálisis, parestesia, rigidez, limitación de movimientos, cifosis, escoliosis, lordosis, estrabismo, etc.): _____

NINGUNO EVIDENTE

FORM SP 006/97

BBVA PREVISION AFP



Examen físico segmentario	
CRANEO NORMOCERAL, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO CILINDRICO, SIMETRICO SIN ADENOPATIAS.	
CONJUNTIVAS BLANQUESINAS, PUPILLAS ISOCORICAS FOTORREACTIVAS.	
TORAX SIMETRICO, EXPANSION CONSERVADA, AMBOS CAMPOS PULM. CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO.	
CORAZON CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, REGULARES Y NORMOFONETICOS.	
ABDOMEN ,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.	
PARTES BLANDAS SIN PARTICULARIDADES, CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA CONSERVADA,	
TRAMA BRONCOVASCULAR HILIAR REFORZADA, ANGULOS COSTODIAFRAGMATICOS Y CARDIOFRENICOS LIBRES.	
SOMBRA CARDIACA (GRANDES VASOS Y BOTON AORTICO) EN LIMITES HABITUALES	
Exámenes especiales en función a los contaminantes o agentes a que será expuesto el trabajador:	
G.R. 6'.460.000 mm³ Hto. 57,9 % Hb. 19,3 mg/dl. G.BLANCOS 5.300 mm³ GRUPO SANG.: "0" Rh. POSITIVO	
GLICEMIA: 76,23 mg/dl. UREA: 42,4 mg/dl. CREATININA: 1,0 mg/dl. VDRL: NO-REACTIVO	
EX. de ORINA: CELEPIT.: ESCASOS, LEUCOCITOS: 0 - 2 prcm. GLOB. ROJOS: - BACTERIAS: ESCASOS.	
Diagnóstico	
CLINICAMENTE SANO AL EXAMEN MEDICO (PRE Ocupacional)	
ERITROCITOSIS	
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.	
DIETA HIPOFERRICA	
	
UYUNI, 11 DE ABRIL del 2.023	
Nombre y Firma del Médico Examinador	Lugar y Fecha

DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR			
<ul style="list-style-type: none"> - Características del puesto de trabajo: (demanda física, mental, sensorial, social) 		TRABAJO BAJO PRESION UTILIZANDO LOS SENTIDOS DE LA VISTA Y OIDO EN COORDINACION Y COMUNICACIÓN CON PERSONAL DEL TRABAJO	
<ul style="list-style-type: none"> - 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:			
_____ Efrain Mamani Nombre		_____ HSEQ Cargo	
		 Firma	

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