



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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Apellido Paterno</td> <td style="width: 25%;">Apellido Materno</td> <td style="width: 25%;">Apellido de Casada</td> <td colspan="3">Nombres</td> <td colspan="3">CUA</td> </tr> <tr> <td>CAYO</td> <td>ALI</td> <td></td> <td colspan="3">REYNALDO</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud</td> <td colspan="3">EGS.</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>CI</td> <td>RUN</td> <td>PAS/C E.</td> <td>Sexo</td> <td>M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> <td>Fecha de Nacimiento</td> <td>DD</td> <td>MM</td> <td>AAAA</td> </tr> <tr> <td>5537136 PO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>18</td> <td>08</td> <td>1981</td> </tr> <tr> <td>Soltero <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Casado <input type="checkbox"/></td> <td>Viudo <input type="checkbox"/></td> <td>Divorciado <input type="checkbox"/></td> <td>Conviviente <input type="checkbox"/></td> <td>Nacionalidad</td> <td colspan="3">BOLIVIANO</td> </tr> <tr> <td>Departamento</td> <td>Provincia</td> <td>Ciudad / Localidad</td> <td>Zona / Barrio / Urbanización</td> <td colspan="5">Teléfono / otros</td> </tr> <tr> <td>POTOSI</td> <td>ANTONIO QUIJARRO</td> <td>CARACOTA</td> <td></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>Avenida</td> <td>Calle</td> <td>Pasaje</td> <td>Número</td> <td>Edificio</td> <td>Bloque</td> <td>Departamento</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">C. 18 DE NOVIEMBRE / POTOSI</td> <td>162</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> NIT/Asegurado independiente</td> <td>Fecha de inicio de relación laboral</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td>DD MM AAAA</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Ocupación</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">AYUDANTE</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nombre o Razón Social del Empleador</td> <td>Teléfono</td> <td>Fax</td> </tr> <tr> <td colspan="2">CyC "SERVICIOS INTEGRALES"</td> <td>72420649</td> <td>Otros</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Número patronal</td> <td>NIT <input checked="" type="checkbox"/> GOB <input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/></td> <td>8614011010</td> </tr> <tr> <td colspan="2">12-951-0004</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Departamento</td> <td>Provincia</td> <td>Ciudad / Localidad</td> <td>Zona / Barrio / Urbanización</td> </tr> <tr> <td>POTOSI</td> <td>NOR LIPEZ</td> <td>SAN CRISTOBAL</td> <td>ZONA CENTRAL</td> </tr> <tr> <td>Avenida</td> <td>Calle</td> <td>Pasaje</td> <td>Número</td> </tr> <tr> <td>MIRAFLORES</td> <td>MIRAFLORES</td> <td>69</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Edificio</td> <td>Bloque</td> <td>Departamento</td> <td></td> </tr> </table>	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Nombres			CUA			CAYO	ALI		REYNALDO						Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud			EGS.						CI	RUN	PAS/C E.	Sexo	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento	DD	MM	AAAA	5537136 PO						18	08	1981	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	ANTONIO QUIJARRO	CARACOTA							Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio	Bloque	Departamento			C. 18 DE NOVIEMBRE / POTOSI				162					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	CyC "SERVICIOS INTEGRALES"		72420649	Otros	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	POTOSI	NOR LIPEZ	SAN CRISTOBAL	ZONA CENTRAL	Avenida	Calle	Pasaje	Número	MIRAFLORES	MIRAFLORES	69		Edificio	Bloque	Departamento	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Nombres			CUA																																																																																																																																									
CAYO	ALI		REYNALDO																																																																																																																																												
Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud			EGS.																																																																																																																																												
CI	RUN	PAS/C E.	Sexo	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento	DD	MM	AAAA																																																																																																																																							
5537136 PO						18	08	1981																																																																																																																																							
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	ANTONIO QUIJARRO	CARACOTA																																																																																																																																													
Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio	Bloque	Departamento																																																																																																																																									
C. 18 DE NOVIEMBRE / POTOSI				162																																																																																																																																											
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																																																																																																																																												
CyC "SERVICIOS INTEGRALES"		72420649	Otros																																																																																																																																												
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																																																																																																																																												
POTOSI	NOR LIPEZ	SAN CRISTOBAL	ZONA CENTRAL																																																																																																																																												
Avenida	Calle	Pasaje	Número																																																																																																																																												
MIRAFLORES	MIRAFLORES	69																																																																																																																																													
Edificio	Bloque	Departamento																																																																																																																																													

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 Y MASTICA COCA OCASIONAL

Practica actualmente algún deporte: NINGUNO DE IMPORTANCIA

Enfermedades anteriores : IRAS Y EDAS PROPIAS DE LA EDAD /

Intervenciones quirúrgicas: NINGUNO DE IMPORTANCIA

Accidentes: NINGUNO DE IMPORTANCIA

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:		Nº de hijos vivos: _____
Estado actual de salud (Síntomas, fecha de inicio, tratamiento): CLINICAMENTE ESTABLE AL EXAMEN / OBESIDAD GR-I		
Examen físico: NORMOTIPO Peso (Kg.): 84 kg Talla (cms): 1,64 cm Signos vitales: 126/67 P.A. _____ Temp: 36,2 °C		
Frec. Resp.: 20 x'		
Relación peso - estatural: I.M.C. 31,2 %		
Pulso en reposo y esfuerzo: REPOSO 74 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		

Examen físico segmentario:

CRANEO-NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO CILINDRICO, SIMETRICO SIN ADENOPATIAS, TIROIDES GRADO 0 CONJUNTIVAS-BLANQUECINAS, 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 RHA NORMOACTIVOS.
EXTREMIDADES CON TONO TROFISMO CONSERVADO.

Exámenes radiológicos (comentario):

RAYOS X DE TORAX PROYECCION P.A.
PARTES BLANDAS S/P, CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA CONSERVADA, PRESENCIA DE IMÁGENES RADIOOPACOS EN TRAMA BRONCOVASCULAR HILIAR REFORZADA, ANGULOS COSTODIAFRAGMATICOS Y CARDIOFRENICOS LIBRES.
SILUETA CARDIACA AUMENTADO (GRANDES VASOS Y BOTON AORTICO) EN LIMITES HABITUALES.

Exámenes de laboratorio (comentario):

G.R. 6'190.000 mm³ Hto. 57,0 %, Hb. 19,2 mg/dl. G.BLANCOS: 7,100 mm³ GRUPO SANG.: "O" Rh. POSITIVO
GLICEMIA: 87 mg/dl. UREA: 36 mg/dl. CREATININA: 1,2 mg/dl. VDRL: NO REACTIVO
EX. de ORINA: CEL. EPIT: , LEUCOCITOS: 10 - 12 pcm. GLOB. ROJOS: - PCM. BACTERIAS: ESCASA CANTIDAD,

PROTEINAS: POSITIVO

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

Diagnóstico:

CLINICAMENTE ESTABLE AL EXAMEN MEDICO (OCCUPACIONAL)

OBESIDAD GR I

Comentario:

APTO PARA EL TRABAJO (CON DESARROLLO DE ACTIVIDAD FISICO-MENTAL)

Recomendaciones:

USO DE MEDIDAS DE PROTECCION LABORAL DE ACUERDO AL AREA DE TRABAJO.

INTERCONSULTA CON NUTRICION


Dr. Benítez Rojas
Expediente: 8-786
Medico Cirujano
MOP - Ministerio de Salud U. JUNI
C.P. 84000 UYUNI - BOLIVIA

UYUNI, 29 DE FEBRERO del 2.024

Lugar y Fecha

DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR:

- Características del puesto de trabajo: (demanda física, mental, sensorial, social) TRABAJO BAJO PRESIÓN UTILIZANDO LOS SENTIDOS DE LA VISTA Y OIDO EN LA OPERACIÓN DE EQUIPOS EN COORDINACIÓN 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

SUPERVISOR OPERATIVO

Nombre

Cargo

Firma

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