



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 | Apellido Paterno | Apellido Materno | Apellido de Casada | Nombres | | CUA | | |
| | CAYO | ALI | | REYNALDO | | | | |
| | Matricula del Asegurado al Ente Gestor de Salud | | | EGS. | | | | |
| | CI | RUN | PAS/C.E. | Sexo | Fecha de Nacimiento | DD | MM | AAAA |
| | 5537136 PO | | | M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | | 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 | | | | | |

| | | | | | | |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------|------------------|--------------|
| Información Laboral | Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> NIT/Asegurado independiente <input type="checkbox"/> | Fecha de inicio de relación laboral | | | | |
| | Ocupación | DD | MM | AAAA | | |
| | 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 LIPEZ | 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, 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 INTEGRO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EMOCIONALMENTE ESTABLE.

Antecedentes Gineco - Obstétricos:

Menarquia:

Tipo menstrual:

Dismenorrea:

Gesta:

Para:

FUM:

N° 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 pondo - 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 RADIOOPACO EN
TRAMA BRONCOVASCULAR HILAR 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 (OCUPACIONAL)

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

Nombre y Firma del Médico Examinador
Dr. Benítez Rocha
Médico CIRUJANO
M.O. 8-786
Ministerio de Salud U. de Y.

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 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

Firma

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