


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	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Nombres		CUA		
	CHOQUE	QUISPE		RAMIRO				
	Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud			EGS.				
	CI	RUN	PAS/C.E.	Sexo	Fecha de Nacimiento	DD	MM	AAAA
	8565782			M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	08	02	1994	
	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	NOR LIEPEZ	AN PEDRO DE QUEME			72420649		
	Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio	Bloque	Departamento	
	AV. NOVENA	C/ ZONA 11 DE JULIO		94				
Dirección Identificación	Dependiente <input checked="" type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	NIT/Asegurado Independiente		Fecha de inicio de relación laboral			
	Ocupación			DD	MM	AAAA		
	OPERADOR DE EQUIPO							
	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			
	Departamento	Provincia	Ciudad / Localidad	Zona / Barrio / Urbanización		Teléfono / otros		
	POTOSI	NOR LIEPEZ	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 , MASCA COCA OCASIONAL**

Practica actualmente algún deporte: **NINGUNO DE IMPORTANCIA**

Enfermedades anteriores : **IRAS Y EDAS PROPIAS DE LA EDAD,**

Intervenciones quirúrgicas: **OSTEOSINTESIS CLAVICULA IZQUIERDA 2014**

Accidentes: **DE TRANSITO FRACTURA CLAVICULA IZQUIERDA**

Exámen 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:

Gesta:

Para:

FUM:

Nº de hijos vivos:

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

BUENO

Examen físico: **NORMOTIPO** Peso (Kg.): **71,300 KG** Talla (cms): **1,65 CM** Signos vitales: **93/59** P.A. **36,1 °C** Temp.:

Frec. Resp.: **20 x'**

Relación peso - estatural: **I.M.C. 26 N**

Pulso en reposo y esfuerzo: **REPOSO 73 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

FORM SP 006/97

EMPLEADOR

Examen físico segmentario:

CRANEO-NORMOCEALO, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO CILINDRICO, SIMETRICO SIN ADENOPATIAS.

CONJUNTIVAS BLANQUESINAS, PUPILLAS ISOCORICAS FOTORREFACTIVAS.

TORAX-SIMETRICO, EXPANSION CONSERVADA, AMBOS CAMPOS PULM. CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO.

CORAZON CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, REGULARES Y NORMOFONETICOS.

ABDOMEN-BIANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO EN EPIGASTRIO E H.D. A LA PALPACION, R.H.A. 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 de laboratorio (comentario):

G.R. 6.270.000 mm³ Hto. 53,5 % Hb. 17,9 mg/dl. G-BLANCOS: 7.200 mm³ GRUPO-SANG.: "O" Rh. POSITIVO

GLICEMIA: 97,06 mg/dl. UREA: 30,3 mg/dl. CREATININA: 1,16 mg/dl. VDRL: NO REACTIVO

EX. de ORINA: GEL. EPIT.; LEUCOCITOS: 2 - 4 PCM. GLOB. ROJOS: -pcm. BACTERIAS: REGULAR

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

Diagnóstico:

CLINICAMENTE SANO AL EXAMEN MEDICO (OCCUPACIONAL)

Comentario:

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

NO MAS DE 4.500 mts /s/n/m.

Recomendaciones:

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


Nombre y Firma del Médico Examinador

UYUNI, 14 de MARZO 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 oferan estos servicios.



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 - 097/97). 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="2" style="width: 25%;">Nombres</td> <td colspan="3" style="width: 25%;">CUA</td> </tr> <tr> <td>LAIME</td> <td>QUISPE</td> <td></td> <td colspan="2">CIRILO</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">CI</td> <td>RUN</td> <td colspan="2">EGS.</td> <td rowspan="2">Sexo M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> <td rowspan="2">Fecha de Nacimiento 10 08 1993</td> <td rowspan="2">DD MM AAAA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">10590340 PT</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">Nacionalidad BOLIVIANO</td> </tr> <tr> <td>Departamento</td> <td>Provincia</td> <td colspan="2">Ciudad / Localidad</td> <td colspan="2">Zona / Barrio / Urbanización</td> <td colspan="2">Teléfono / otros</td> </tr> <tr> <td>POTOSI</td> <td>MODESTO OMISTE</td> <td colspan="2">RODEO CHICO</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">72420649</td> </tr> <tr> <td>Avenida</td> <td>Calle</td> <td>Pasaje</td> <td>Número</td> <td>Edificio</td> <td>Bloque</td> <td colspan="2">Departamento</td> </tr> <tr> <td colspan="4">LOC. RIO SECO POTOSI</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>						Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Nombres		CUA			LAIME	QUISPE		CIRILO					CI		RUN	EGS.		Sexo M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento 10 08 1993	DD MM AAAA	10590340 PT					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	MODESTO OMISTE	RODEO CHICO				72420649		Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio	Bloque	Departamento		LOC. RIO SECO POTOSI							
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Nombres		CUA																																																																					
LAIME	QUISPE		CIRILO																																																																								
CI		RUN	EGS.		Sexo M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento 10 08 1993	DD MM AAAA																																																																				
10590340 PT																																																																											
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	MODESTO OMISTE	RODEO CHICO				72420649																																																																					
Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio	Bloque	Departamento																																																																					
LOC. RIO SECO POTOSI																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Dependiente <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Independiente <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">NIT/Asegurado independiente</td> <td colspan="3">Fecha de inicio de relación laboral</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Ocupación SOLDADOR</td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td>DD</td> <td>MM</td> <td>AAAA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nombre o Razón Social del Empleador CyC "SERVICIOS INTEGRALES"</td> <td></td> <td colspan="2">Teléfono 72420649</td> <td colspan="3">Fax</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Número patronal 12-951-0004</td> <td>NIT <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>GOB <input type="checkbox"/></td> <td>SUP <input type="checkbox"/></td> <td colspan="3">Otros</td> </tr> <tr> <td>Departamento</td> <td>Provincia</td> <td colspan="2">Ciudad / Localidad</td> <td colspan="2">Zona / Barrio / Urbanización</td> <td colspan="2">Teléfono / otros</td> </tr> <tr> <td>POTOSI</td> <td>NOR LIEPEZ</td> <td colspan="2">SAN CRISTOBAL</td> <td colspan="2">ZONA CENTRAL</td> <td colspan="2">72420649</td> </tr> <tr> <td>Avenida</td> <td>Calle</td> <td>Pasaje</td> <td>Numero</td> <td>Edificio</td> <td>Bloque</td> <td colspan="2">Departamento</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MIRAFLORES</td> <td colspan="2">MIRAFLORES</td> <td>69</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>						Dependiente <input checked="" type="checkbox"/>		Independiente <input type="checkbox"/>	NIT/Asegurado independiente		Fecha de inicio de relación laboral			Ocupación SOLDADOR					DD	MM	AAAA	Nombre o Razón Social del Empleador CyC "SERVICIOS INTEGRALES"			Teléfono 72420649		Fax			Número patronal 12-951-0004		NIT <input checked="" type="checkbox"/>	GOB <input type="checkbox"/>	SUP <input type="checkbox"/>	Otros			Departamento	Provincia	Ciudad / Localidad		Zona / Barrio / Urbanización		Teléfono / otros		POTOSI	NOR LIEPEZ	SAN CRISTOBAL		ZONA CENTRAL		72420649		Avenida	Calle	Pasaje	Numero	Edificio	Bloque	Departamento		MIRAFLORES		MIRAFLORES		69									
Dependiente <input checked="" type="checkbox"/>		Independiente <input type="checkbox"/>	NIT/Asegurado independiente		Fecha de inicio de relación laboral																																																																						
Ocupación SOLDADOR					DD	MM	AAAA																																																																				
Nombre o Razón Social del Empleador CyC "SERVICIOS INTEGRALES"			Teléfono 72420649		Fax																																																																						
Número patronal 12-951-0004		NIT <input checked="" type="checkbox"/>	GOB <input type="checkbox"/>	SUP <input type="checkbox"/>	Otros																																																																						
Departamento	Provincia	Ciudad / Localidad		Zona / Barrio / Urbanización		Teléfono / otros																																																																					
POTOSI	NOR LIEPEZ	SAN CRISTOBAL		ZONA CENTRAL		72420649																																																																					
Avenida	Calle	Pasaje	Numero	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 , MASCA COCA OCASIONAL

Practica actualmente algún deporte: FUTSAL

Enfermedades anteriores : IRAS Y EDAS PROPIAS DE LA EDAD,

Intervenciones quirúrgicas: NINGUNO

Accidentes: NINGUNO

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: Menarquila:

Tipo menstrual: Dismenorrea: Gestación: Para:

FUM: N° de hijos vivos:

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

BUENO

Examen físico: NORMOTIPO Peso (Kg.): 73 KG Talla (cms): 1,65 CM Signos vitales: 103/65 P.A. 36,6 °C Temp.:

Frec. Resp.: 19 x'

Relación peso - estatural: I.M.C. 27 N

Pulso en reposo y esfuerzo: REPOSO 59 x' ESFUERZO 70 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

FORM SP 006/97

EMPLEADOR

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:BLANDO, DEPRESIBLE,DOLOROSO EN EPIGASTRIO E H.D. A LA PALPACION, R.H.A.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 de laboratorio (comentario):

G.R. 6° 160.000 mm³ Hto. 52,3% Hb. 18,0 mg/dl G. BLANCOS: 7,300 mm³ GRUPO SANG. "O" Rh POSITIVO
GLICEMIA: 66,86 mg/dl UREA: 30,1 mg/dl CREATININA: 0,87 mg/dl VDRL: NO REACTIVO
EX. de ORINA: CEL. EPIT.: 1 EUROCITOS: 1 - 2 PCM GLOB. ROJOS: -pcm. BACTERIAS: ESCASAS

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

Diagnóstico:

CLINICAMENTE SANO AL EXAMEN MEDICO (OCCUPACIONAL)

Comentario:

APTO PARA EL TRABAJO (CON DESARROLLO DE ACTIVIDAD FISICO - MENTAL NORMAL)
NO MAS DE 4.500 mts /s/n/m.

Recomendaciones:

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

Nombre y Firma del Médico Examinador

UYUNI, 14 de MARZO 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

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.



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 Identificación	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Nombres		CUA			
	TICONA	QUISPE		WALDIR EUSTAQUIO					
Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud	CI	RUN	PAS/C.E.	EGS.	Sexo	Fecha de Nacimiento	DD	MM	AAAA
6688244 PT					M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	29	03	1989	
Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input checked="" 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	NOR LIPEZ	SANTIAGO K							
Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio		Bloque	Departamento		
BOLIVAR ENTRE F. ALONZO -UY			606						

Información Laboral	Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> NIT/Asegurado independiente				Fecha de inicio de relación laboral		
	Ocupación				DD	MM	AAAA
SOLDADOR				13	10	2022	
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			
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 OCASIONALMENTE

Practica actualmente algún deporte: OCASIONAL FUTBOL

Enfermedades anteriores: IRAS Y EDAS PROPIAS DE LA INFANCIA

Intervenciones quirúrgicas: NO

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: _____ Menarquía: _____

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

FUM: _____ N* de hijos vivos: _____

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

CLINICAMENTE ESTABLE /

Examen físico: NORMOTIPO Peso (Kg.): 65 Kgr Talla (cms): 161 CM Signos vitales: 106/76 P.A. 36,6 °C Temp.: _____

Frec. Resp.: 19 x'

Relación peso - estatural: I.M.C. 25 %

Pulso en reposo y esfuerzo: REPOSO 59 x' ESFUERZO 91 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-NORMOCERÁLICO, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO CILINDRICO, SIMETRICO SIN ADENOPATIAS.
CONJUNTIVAS BLANQUESINAS, PUPILAS ISOCORICAS FOTORREACTIVAS, PIEZAS DENTALES CON CARIOS DENTAL
TORAX SIMETRICO, EXPANSION CONSERVADA, AMBOS CAMPOS PULM. CON MURMURLO VESICULAR CONSERVADO
CORAZON CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, REGULARES Y NORMOFONETICOS.
ABDOMEN: PLANO, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, RUIDOS HIDROAEREOS NORMOACTIVOS.
EXTREMIDADES SIMETRICAS CON TONO TROFISMO CONSERVADO,

Exámenes radiológicos (comentario):
RAYOS X DE TORAX PROYECCIÓN P.A., TEJIDO OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES.

CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA CONSERVADA,

TRAMA BRONCOVASCULAR HILIAR REFORZADA, ANGULOS COSTODIAFRAGMATICOS Y CARDIOFRENICOS LIBRES

SOMBRA CARDIACA S/P (GRANDES VASOS Y BOTON AORTICO) EN LIMITES HABITUALES.

Exámenes de laboratorio (comentario):

G.R. 5'330.000 mm³ Hto. 49,0% Hb. 17,1 mg/dl. G.BLANCOS: 4,500 mm³ GRUPO SANG.: "O" Rh POSITIVO

GLICEMIA: 77 mg/dl. UREA: 27 mg/dl. CREATININA: 1,1 mg/dl. VDRL: NO REACTIVO

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

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

Diagnóstico:
ESTABLE AL EXAMEN MEDICO (PRE-OCCUPACIONAL)

SOBREPESO / CARIOS DENTAL

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.

CONTROL POR MEDICINA FAMILIAR / NUTRICION / ODONTOLOGIA

UYUNI, 21 de FEBRERO del 2.024

Lugar y Fecha

Nombre y Firma del Médico Examinador

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 tienen estos servicios.



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 - 037/07). 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	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Nombres		CUA		
	FIGUEROA	CONDORI		RAUL RAMIRO				
Dirección Identificación	Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud			EGS.		Sexo	Fecha de Nacimiento	
	CI	RUN	PAS/C.E.			M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	23 08 1992	
Información Laboral	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input checked="" 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	MALLU MILU			72391085			
Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio	Bloque	Departamento		
	LOC. YURA- POTOSI		S/N					
Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> NIT/Asegurado independiente						Fecha de inicio de relación laboral		
						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 LIEPZ	SAN CRISTOBAL	ZONA CENTRAL	72420649				
Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio	Bloque	Departamento		
MIRAFLORES	MIRAFLORES		68					

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): NO FUMA, SI BEBE, SI MASTICA COCA

Práctica actualmente algún deporte: OCASIONAL FUTSAL

Enfermedades anteriores: IRAS Y EDAS PRÓPIAS DE LA INFANCIA

Intervenciones quirúrgicas: NO

Accidentes: NINGUNO DE IMPORTANCIA

Examen 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: _____ Gestación: _____ Para: _____

FUM: _____ N° de hijos vivos: _____

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

CLINICAMENTE ESTABLE /

Examen físico: NORMOTIPO Peso (Kg.): 76 Kg Talla (cms): 163 CM Signos vitales: 121/68 A. 36,1 °C Temp.:

Frec. Resp.: 19 x'

Relación peso - estatural: I.M.C. 28,6 %

Pulso en reposo y esfuerzo: REPOSO 51 x' ESFUERZO 87 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, 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, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, RUIDOS HIDROAEREO NORMOACTIVOS.
EXTREMIDADES SIMETRICAS CON TONO TROFISMO CONSERVADO,

Exámenes radiológicos (comentario):

RAYOS X DE TORAX PROYECCION P.A., TEJIDO OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES.
CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA CONSERVADA,
TRAJMA BRONCOVASCULAR HILIAR REFORZADA, ANGULOS COSTODIAFRAGMATICOS Y CARDIOFERENICOS LIBRES.
SOMBRA CARDIACA S/P (GRANDES VASOS Y BOTON AORTICO) EN LIMITES HABITUALES.

Exámenes de laboratorio (comentario):

G.R. 5'920.000 mm³ Hto. 52,0 % Hb. 18,1 mg/dl. G.BLANCOS: 5,300 mm³ GRUPO SANG.: "O" Rh POSITIVO
GLICEMIA: 80 mg/dl. UREA: 31 mg/dl. CREATININA: 1,1 mg/dl. VDRL: NO REACTIVO
EX. de ORINA: CELEPIT.: 0 pcm, LEUCOCITOS: 1-2 pcm. GLOB. ROJOS: 0 pcm. BACTERIAS: ESCASAS

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

Diagnóstico:

ESTABLE AL EXAMEN MEDICO (PRE-OCCUPACIONAL)

SOBREPESO

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.

CONTROL POR MEDICINA FAMILIAR / NUTRICION / ODONTOLOGIA

Nombre y Firma del Médico Examinador

UYUNI, 22 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.



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	
	ACHO	MENDOZA		JOSE BARTOLOME				
	Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud			EGS.				
	CI	RUN	PAS/C.E.	Sexo	Fecha de Nacimiento			DD MM AAAA
	8529099 PT			M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	24 08 1991			
	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input checked="" 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	SUD LIEPEZ	QUILLACAS					
	Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio		Bloque	Departamento
		LOC. RIO SECO-POTOSI						
Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> NIT/Asegurado Independiente								Fecha de inicio de relación laboral
								DD MM AAAA
Ocupación SOLDADOR								
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 LIEPEZ	SAN CRISTOBAL		ZONA CENTRAL			72420649	
Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio		Bloque	Departamento	
	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): OCASIONALMENTE FUMA, SI BEBE Y MASTICA COCA

Practica actualmente algún deporte: OCASIONAL FUTSAL

Enfermedades anteriores : IRAS Y EDAS PROPIAS DE LA INFANCIA

Intervenciones quirúrgicas: NO

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:

Menarquila:

Tipo menstrual:

Dismenorrea:

Gesta:

Para:

FUM:

Nº de hijos vivos:

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

CLINICAMENTE ESTABLE /

Examen físico: NORMOTIPO Peso (Kg.): 71 Estatura (cms): 163 CM Grados vitales: 112/75 36,3 °C Temp.:

Frec. Resp.: 19 x'

Relación peso - estatural: I.M.C. 26,7 %

Pulso en reposo y esfuerzo: REPOSO 67 x' ESFUERZO 81 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 CILIINDRICO, SIMETRICO SIN ADENOPATIAS.
CONJUNTIVAS BLANQUESTINAS, PUPILAS ISOCERICAS FOTORREACTIVAS, PIEZAS DENTALES CON CARIOS DENTAL
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 SIMETRICAS 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 S/P (GRANDES VASOS Y BOTON AORTICO) EN LIMITES HABITUALES.

Exámenes de laboratorio (comentario)

G.R. 5'960.000 mm³ Hto. 54.3 % Hb. 18.6 mg/dl. G.BLANCOS: 5,800 mm³ GRUPO SANG.: "O" Rh POSITIVO

GLICEMIA: 75 mg/dl. UREA: 36 mg/dl. CREATININA: 1,1 mg/dl. VDRL: NO REACTIVO

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

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

Diagnóstico:

ESTABLE AL EXAMEN MEDICO (PRE-OCCUPACIONAL)

SOBREPESO

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

CONTROL POR MEDICINA FAMILIAR / NUTRICION / ODONTOLOGIA

W. Alvaro Pandoz
Nombre y Apellido del MEDICO Examinador
MEDICO FAMILIAR A. 1107
MAY. Comisionado Examinador

UYUNI, 22 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

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.



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	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Nombres			CUA		
	FERNANDEZ	MAMANI		YEMER					
Dirección Identificación	Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud			EGS.					
	CI	RUN	PAS/C.E.	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento	DD	MM	AAAA	
	8698485 LP				07	02	1994		
Información Laboral	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			
	LA PAZ	INQUISIVI	JACHAPAMPA						
Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio	Bloque	Departamento			
	C/ORURO-QUILLACOLLO		S/N						
	Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> NIT/Asegurado independiente				Fecha de inicio de relación laboral				
					DD	MM	AAAA		
	SOLDADOR ESTRUCTURAL				13	10	2022		
	Nombre o Razón Social del Empleador		Teléfono	Fax	Otros				
	CyC "SERVICIOS INTEGRALES"		72420649						
	Número patronal 12-951-0004		NIT <input checked="" type="checkbox"/> GOB <input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/>	8614011010					
	Departamento	Provincia	Ciudad / Localidad	Zona / Barrio / Urbanización		Teléfono / otros			
	POTOSI	NOR LIEPEZ	SAN CRISTOBAL	ZONA CENTRAL		72420649			
	Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio	Bloque	Departamento		
	MIRAFLORES	MIRAFLORES		68					

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 ,MASCA COCA OCASIONAL**

Practica actualmente algún deporte: **FUTSAL**

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 INTEGRAL, CONSCIENTE, ORIENTADO, EMOCIONALMENTE ESTABLE.

Antecedentes Gineco - Obstétricos: _____ Menarquía: _____

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

FUM: _____ N° de hijos vivos: _____

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

BUENO/CLINICAMENTE ESTABLE/

Examen físico: **NORMOTIPO** Peso (Kg.): **82 KG** Talla (cms): **1,72 CM** Signos vitales: **124/78** P.A. **37, °C** Temp.: _____
Frec. Resp.: **19 x'**

Relación peso - estatural: **I.M.C. 28 %**

Pulso en reposo y esfuerzo: **REPOSO 71 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

FORM SP 006/97

EMPLEADOR

Examen físico segmentario.

CRANEO-NORMOCEALO, 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: 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 RADIOOPACAS EN TRAMA BRONCOVASCULAR HILIAR REFORZADA, ANGULOS COSTODIAFRAGMATICOS Y CARDIOFRENICOS LIBRES. SILUETA CARDIACA (GRANDES VASOS Y BOTON AORTICO) EN LIMITES HABITUALES.

Exámenes de laboratorio (comentario)

G.R. 5'640.000 mm³ Hto. 50,4 %, Hb. 17,2 mg/dl. G.BLANCOS: 7,000 mm³ GRUPO SANG.: "O" Rh. POSITIVO

GLICEMIA: 73 mg/dl. UREA: 33 mg/dl. CREATININA: 1,1 mg/dl. VDRL: NO REACTIVO

EX. de ORINA: CEL. EPIT: LEUCOCITOS: 1 - 2 pcm. GLOB. ROJOS: PCM. BACTERIAS: REGULAR CANTIDAD,

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

Diagnóstico

SANO AL EXAMEN (OCCUPACIONAL)

Comentario

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

Recomendaciones:

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


Nombre y Firma del Médico: **Juan José Benítez Rojas**
MÉDICO ENFERMO: **Juan José Benítez Rojas**
Cédula: **8.186**
Caja Nacional de Salud Uyuni

UYUNI, 06 DE MARZO 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

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



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 - 037/07). 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			
	MISERICORDIA	FLORES		MILTON TEODORO					
	Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud			EGS.					
	CI	RUN	PAS/C.E.	Sexo		Fecha de Nacimiento	DD	MM	AAAA
	7284178 OR			M <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>		03	12	1989
	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input checked="" 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			
	ORURO	CERCADO	ORURO						
	Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio	Bloque	Departamento		
	ENAF	DIAZ VILLAMIL -OR		122					
Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> NIT/Asegurado Independiente					Fecha de inicio de relación laboral				
					DD	MM	AAAA		
Ocupación SOLDADOR									
Nombre o Razón Social del Empleador			Teléfono		Fax		Otros		
CyC "SERVICIOS INTEGRALES"			72420649						
Número patronal 12-951-0004			NIT <input checked="" type="checkbox"/>	GOB <input type="checkbox"/>	SUP <input type="checkbox"/>	8614011010			
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 , BEBE ,MASCA COCA OCASIONAL**

Practica actualmente algún deporte: **FÚTBOL**

Enfermedades anteriores : **IRAS Y EDAS PROPIAS DE LA EDAD,**

Intervenciones quirúrgicas: **OSTEOSINTESIS DE FEMUR DERECHO A LOS 3 AÑOS DE EDAD**

Accidentes: **FRACCURA DE FEMUR EN CAIDA EN DOMICILIO**

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/

Examen físico: **NORMOTIPO** Peso (Kg.): **83 KG** Talla (cms): **1,66 CM** Signos vitales: **112/69 P.A. 36,1 °C Temp.:**

Frec. Resp.: **19 x**

Relación peso - estatural: **I.M.C. 30 %**

Pulso en reposo y esfuerzo: **REPOSO 82 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

Examen físico segmentario.

CRANEO-NORMOCERALO, 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 HILIAR REFORZADA, ANGULOS COSTODIAFRAGMATICOS Y CARDIOFRENICOS LIBRES.

SILUETA CARDIACA (GRANDES VASOS Y BOTON AORTICO) EN LIMITES HABITUALES.

Exámenes de laboratorio (comentario):

G.R. 6'020.000 mm³ Hto. 52,7 %, Hb. 18,4 mg/dl. G.BLANCOS: 6.500 mm³ GRUPO SANG.: "O" Rh. POSITIVO

GLICEMIA: 93 mg/dl. UREA: 18 mg/dl. CREATININA: 1,0 mg/dl. VDRL: NO REACTIVO

EX. de ORINA: CEL. EPIT.: LEUCOCITOS: 0-1 pcm. GLOB. ROJOS: - PCM. BACTERIAS: ESCASA CANTIDAD,

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

Diagnóstico.

CLINICAMENTE SANO AL EXAMEN (OCCUPACIONAL)

Comentario:

APTO PARA EL TRABAJO (CON DESARROLLO DE ACTIVIDAD FISICO- MENTAL), PACIENTE CURSA CON SU CICLO MESTRUAL 3er

NO MAS DE 4.500 Mts/s/n/m

Recomendaciones:

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


Dr. Belizzi Rocha
MÉDICO CIRUJANO
Médico P.R. B-786
Médico de Salud U. uni
Caja Nacional de Salud U. uni

UYUNI, 07 DE MARZO 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.



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			
	FLORES	LAZO		CARLOS				
	Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud			EGS.				
	CI	RUN	PAS/C.E.	Sexo	Fecha de Nacimiento	DD	MM	AAAA
	12914990 TJ			M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		22	12	1990
	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input checked="" 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		
	TARIJA	CERCADO	TARIJA			72361504		
	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				
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					
Departamento	Provincia	Ciudad / Localidad	Zona / Barrio / Urbanización	Teléfono / otros				
POTOSI	NOR LIEPEZ	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: **FUTSAL**

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 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 /

Examen físico: **NORMOTIPO** Peso (Kg.): **75 Kg** Talla (cms): **1,60 cm** Signos vitales: **111/75** P.A. **36,4 °C**
Frec. Resp.: **20 x'**

Relación peso - estatural: **I.M.C. 29,3 %**

Pulso en reposo y esfuerzo: **REPOSO 64 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:,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 RADIOOPACAS EN TRAMA BRONCOVASCULAR HILIAR REFORZADA, ANGULOS COSTODIAFRAGMATICOS Y CARDIOFERENICOS LIBRES.
SILUETA CARDIACA AUMENTADA (GRANDES VASOS Y BOTON AORTICO) EN LIMITES HABITUALES.

Exámenes de laboratorio (comentario):

G.R. 5'700.000 mm³ Hto. 53,4 %, Hb. 17,8 mg/dl. G.BLANCOS: 5,900 mm³ GRUPO SANG.: "O" Rh. POSITIVO

GLICEMIA: 86 mg/dl. UREA: 25 mg/dl. CREATININA: 1,1 mg/dl. VDRL: NO REACTIVO

EX. de ORINA: CEL. EPIT: , LEUCOCITOS: 2-4 pcm. GLOB. ROJOS: - PCM. BACTERIAS: ESCASA CANTIDAD,

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

Diagnóstico:

CLINICAMENTE SANO AL EXAMEN MEDICO (OCCUPACIONAL)

Comentario:

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

Recomendaciones:

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

Nombre y Firma del Médico Examinador

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.



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	Apellido Paterno		Apellido Materno		Apellido de Casada		Nombres		CUA		
	CAYO		ALI				REYNALDO				
Dirección Identificación	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			
Información Laboral	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				
	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 LIEPEZ	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 INTEGRAL, CONSCIENTE, ORIENTADO, EMOCIONALMENTE ESTABLE.

Antecedentes Gineco - Obstétricos:	Menarquia:
Tipo menstrual:	Gesta:
Dismenorrea:	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
Frec. Resp.: 20 x'	Signos vitales: 126/67 P.A. Temp: 36,2 °C
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

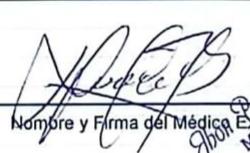
Comentario:

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


Nombre y Firma del Médico: Dr. Benítez Rojas
Expediente: 8-786
Médico: Cirujano
Médico de Salud U. J. J. U.
C.S.J. U. J. J. U.

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
---------	----------	------------	-----------------------

- REALIZA TRABAJO PSICOLOGICO
- REALIZA TRABAJOS EN ALTURA GEOGRAFICA MAYOR A 3800 msnm
- REALIZA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS
- 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.

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>Apellido Paterno</td> <td>Apellido Materno</td> <td>Apellido de Casada</td> <td colspan="2">Nombres</td> <td>CUA</td> </tr> <tr> <td>GOMEZ</td> <td>DIAZ</td> <td></td> <td colspan="2">VICTOR HUGO</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud</td> <td>EGS.</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>CI</td> <td>RUN</td> <td>PAS/C.E.</td> <td>Sexo</td> <td>Fecha de Nacimiento</td> <td>DD MM AAAA</td> </tr> <tr> <td>10584094</td> <td></td> <td></td> <td>M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> <td>02</td> <td>04 1995</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">Nacionalidad</td> <td>BOLIVIANO</td> </tr> <tr> <td>Departamento</td> <td>Provincia</td> <td>Ciudad / Localidad</td> <td colspan="2">Zona / Barrio / Urbanización</td> <td>Teléfono / otros</td> </tr> <tr> <td>POTOSI</td> <td>JOSE MARIA LINARES</td> <td>SAYAMARCA</td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Avenida</td> <td>Calle</td> <td>Pasaje</td> <td>Número</td> <td>Edificio</td> <td>Bloque</td> </tr> <tr> <td></td> <td>C/SANTA CRUZ-VILLAZON</td> <td></td> <td>S/N</td> <td></td> <td>Departamento</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/></td> <td>NIT/Asegurado Independiente</td> <td colspan="2">Fecha de inicio de relación laboral</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Ocupación</td> <td>DD</td> <td>MM</td> <td>AAAA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MANIOBRISTA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nombre o Razón Social del Empleador</td> <td>Teléfono</td> <td>Fax</td> <td>Otros</td> </tr> <tr> <td colspan="2">CyC "SERVICIOS INTEGRALES"</td> <td>72420649</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Número patronal 12-951-0004</td> <td>NIT <input checked="" type="checkbox"/> GOB <input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">8614011010</td> </tr> <tr> <td>Departamento</td> <td>Provincia</td> <td>Ciudad / Localidad</td> <td>Zona / Barrio / Urbanización</td> <td>Teléfono / otros</td> </tr> <tr> <td>POTOSI</td> <td>NOR LIEPEZ</td> <td>SAN CRISTOBAL</td> <td>ZONA CENTRAL</td> <td>72420649</td> </tr> <tr> <td>Avenida</td> <td>Calle</td> <td>Pasaje</td> <td>Número</td> <td>Edificio</td> </tr> <tr> <td>MIRAFLORES</td> <td>MIRAFLORES</td> <td></td> <td>68</td> <td>Bloque</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Departamento</td> </tr> </table>					Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Nombres		CUA	GOMEZ	DIAZ		VICTOR HUGO			Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud			EGS.			CI	RUN	PAS/C.E.	Sexo	Fecha de Nacimiento	DD MM AAAA	10584094			M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	02	04 1995	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	JOSE MARIA LINARES	SAYAMARCA				Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio	Bloque		C/SANTA CRUZ-VILLAZON		S/N		Departamento	Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	NIT/Asegurado Independiente	Fecha de inicio de relación laboral		Ocupación		DD	MM	AAAA	MANIOBRISTA					Nombre o Razón Social del Empleador		Teléfono	Fax	Otros	CyC "SERVICIOS INTEGRALES"		72420649			Número patronal 12-951-0004		NIT <input checked="" type="checkbox"/> GOB <input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/>	8614011010		Departamento	Provincia	Ciudad / Localidad	Zona / Barrio / Urbanización	Teléfono / otros	POTOSI	NOR LIEPEZ	SAN CRISTOBAL	ZONA CENTRAL	72420649	Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio	MIRAFLORES	MIRAFLORES		68	Bloque					Departamento
Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Nombres		CUA																																																																																																																		
GOMEZ	DIAZ		VICTOR HUGO																																																																																																																				
Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud			EGS.																																																																																																																				
CI	RUN	PAS/C.E.	Sexo	Fecha de Nacimiento	DD MM AAAA																																																																																																																		
10584094			M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	02	04 1995																																																																																																																		
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	JOSE MARIA LINARES	SAYAMARCA																																																																																																																					
Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio	Bloque																																																																																																																		
	C/SANTA CRUZ-VILLAZON		S/N		Departamento																																																																																																																		
Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	NIT/Asegurado Independiente	Fecha de inicio de relación laboral																																																																																																																					
Ocupación		DD	MM	AAAA																																																																																																																			
MANIOBRISTA																																																																																																																							
Nombre o Razón Social del Empleador		Teléfono	Fax	Otros																																																																																																																			
CyC "SERVICIOS INTEGRALES"		72420649																																																																																																																					
Número patronal 12-951-0004		NIT <input checked="" type="checkbox"/> GOB <input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/>	8614011010																																																																																																																				
Departamento	Provincia	Ciudad / Localidad	Zona / Barrio / Urbanización	Teléfono / otros																																																																																																																			
POTOSI	NOR LIEPEZ	SAN CRISTOBAL	ZONA CENTRAL	72420649																																																																																																																			
Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio																																																																																																																			
MIRAFLORES	MIRAFLORES		68	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 Y BEBE OCASIONALMENTE, SI MASTICA COCA				
Practica actualmente algún deporte: OCASIONAL FUTBOL				
Enfermedades anteriores : IRAS Y EDAS PROPIAS DE LA INFANCIA				
Intervenciones quirúrgicas: NO				
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 /				
Examen físico: NORMOTIPO Peso (Kg.): 66 Kg Talla (cms): 172 CM Signos vitales: 103/67 A. 36,0 °Cmp.:				
Frec. Resp.: 19 x'				
Relación peso - estatural: I.M.C. 25 %				
Pulso en reposo y esfuerzo: REPOSO 65 x' ESFUERZO 97 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

ASEGURADO

Examen físico segmentario:	
CRANEO NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO CILINDRICO, SIMETRICO-SIN-ADENOPATIAS. CONJUNTIVAS BLANQUESTINAS, PUPILLAS ISOCORICAS-FOTORREACTIVAS, CARIOS DENTAL TORAX SIMETRICO, EXPANSION-CONSERVADA, AMBOS CAMPOS PULM. CON MURMURILLO VESICULAR CONSERVADO CORAZON CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, REGULARES Y NORMOFONETICOS. ABDOMEN: PLANO, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, RUIDOS HIDROAEREO NORMOACTIVOS. EXTREMIDADES SIMETRICAS 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 AUMENTADA DE VOLUMEN (GRANDES VASOS Y BOTON AORTICO) EN LIMITES HABITUALES	
Exámenes de laboratorio (comentario)	
G.R. 5.710.000 mm ³ Hto. 53,0 % Hb. 18,3 mg/dl G.BLANCOS: 6.600 mm ³ GRUPO SANG.: "A" Rh POSITIVO GLICEMIA: 71 mg/dl UREA: 25 mg/dl CREATININA: 1,1 mg/dl VDRI: NO REACTIVO EX. de ORINA: CEL. EPIT.: 0 pcm, LEUCOCITOS: 1-2 pcm. GLOB. ROJOS: 0 pcm. BACTERIAS: ESCASAS	
Exámenes especiales en función a los contaminantes o agentes a que será expuesto el trabajador:	
Diagnóstico:	
ESTABLE AL EXAMEN MEDICO (PRE-OCCUPACIONAL)	
CARIOS DENTAL	
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. CONTROL POR MEDICINA FAMILIAR / NUTRICION / ODONTOLOGIA	
 Nombre: Guillermo W. Alluria Panozo Profesion: MEDICO FAMILIAR Año: 2007 Firma: Guillermo W. Alluria Panozo	
UYUNI, 21 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, OPERADOR DE EQUIPO			
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 XIMENA 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.


EXAMEN INTRA - OCUPACIONAL

Este formulario debe ser llenado por los Centros Médicos, autorizados por 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 Identificación Dirección Información Laboral	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Nombres		CUA			
	ANCASI	CAMA		EUGENIO					
	Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud			EGS.	Sexo M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento 03	DD	MM	AAAA
	CI 4063538 OR	RUN	PAS/C.E.						
	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input checked="" type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/>				Nacionalidad		BOLIVIANO		
	Departamento ORURO	Provincia POOPO	Ciudad / Localidad VENTA Y MEDIA		Zona / Barrio / Urbanización		Teléfono / otros		
	Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio		Bloque	Departamento	
	Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> NIT/Asegurado Independiente						Fecha de inicio de relación laboral		
Ocupación SOLDADOR						DD	MM	AAAA	
Nombre o Razón Social del Empleador CyC "SERVICIOS INTEGRALES"				Teléfono	Fax	Otros			
Número patronal 12-951-0004				NIT <input checked="" type="checkbox"/> GOB <input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/>	8614011010				
Departamento POTOSI	Provincia NOR LIEPEZ	Ciudad / Localidad SAN CRISTOBAL		Zona / Barrio / Urbanización		Teléfono / otros			
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) : NO FUMA, OCASIONALMENTE BEBE, SI MASTICA COCA

Practica actualmente algún deporte: OCASIONAL FUTSAL

Enfermedades anteriores : IRAS Y EDAS PROPIAS DE LA INFANCIA

Intervenciones quirúrgicas: APENDICECTOMIA

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: Menarquía:

Tipo menstrual: Dismenorrea: Gestación: Para:

FUM: N° de hijos vivos:

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

CLINICAMENTE ESTABLE /

Examen físico: NORMOTIPO Peso (Kg.): 75 Kgr Talla (cms): 169 CM Signos vitales: 109/77 P.A. 36,1 °C Temp.:
Frec. Resp.: 19 x'

Relación peso - estatural: I.M.C. 26,3 %

Pulso en reposo y esfuerzo: REPOSO 78 x' ESFUERZO 89 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, 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, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, RUIDOS HIDROAEREOS NORMOACTIVOS.

EXTREMIDADES SIMETRICAS CON TONO TROFISMO CONSERVADO,

Exámenes radiológicos (comentario):

RAYOS X DE TORAX PROYECCION P.A., TEJIDO OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES.

CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA CONSERVADA,

TRAMA BRONCQVASCULAR HILAR-REFORZADA, ANGULOS COSTODIAFRAGMATICOS Y CARDIOFRENICOS LIBRES.

SOMBRA CARDIACA S/P (GRANDES VASOS Y BOTON AORTICO) EN LIMITES HABITUALES.

Exámenes de laboratorio (comentario):

G.R. 6'310.000 mm³ Hto. 56,9 % Hb. 19,2 mg/dl. G.BLANCOS: 8,700 mm³ GRUPO SANG.: "A" Rh POSITIVO

GLICEMIA: 84 mg/dl. UREA: 62 mg/dl. CREATININA: 1,2 mg/dl. VDRL: NO REACTIVO

EX. de ORINA: CELEPIT.: ESCASAS pcm, LEUCOCITOS: 1-2 pcm. GLOB. ROJOS: 0 pcm. BACTERIAS: ESCASAS

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

Diagnóstico:

ESTABLE AL EXAMEN MEDICO (PRE-OCCUPACIONAL)

Sobre-peso

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

CONTROL POR MEDICINA FAMILIAR / NUTRICION / ODONTOLOGIA

Nombre y Firma del Médico Examinador

UYUNI, 15 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.