

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		
	CHOQUE	QUISPE		RAMIRO				
	Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud	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"/>	Viuado <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	AN PEDRO DE QUEME			72420649		
	Avenida	Calle	Paseo	Número	Edificio	Bloque	Departamento	
	AV. NOVENA	C/ ZONA 11 DE JULIO		94				
	Información Laboral	Dependiente <input checked="" type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	NIT/Asegurado Independiente		Fecha de inicio de relación laboral		
Ocupación		OPERADOR DE EQUIPO				DD	MM	AAAA
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	Paseo	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

Examen psicológico elemental (Integridad psicológica, estado mental, estado emocional, actitud, relaciones humanas, ambiente familiar, motivación para el trabajo):

PSICOLOGICAMENTE INTEGRO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EMOCIONALMENTE ESTABLE.

Antecedentes Gineco - Obstétricos:

Menarquía:

Tipo menstrual:

Dismenorrea:

Gesta:

Para:

FUM:

N° 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 36,1 °C

Frec. Resp.: 20 x'

Relación pondo - 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-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 HILAR 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. VDRI: 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 (OCUPACIONAL)

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 Dirección Identificación	Apellido Paterno		Apellido Materno		Apellido de Casada		Nombres		CUA	
	LAIME		QUISPE				CIRILO			
	CI		RUN		PAS/C.E.		Sexo		Fecha de Nacimiento	
	10590340 PT						M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		DD MM AAAA 10 08 1993	
	Soltero <input checked="" type="checkbox"/>		Casado <input type="checkbox"/>		Viudo <input type="checkbox"/>		Divorciado <input type="checkbox"/>		Conviviente <input type="checkbox"/>	
	Departamento		Provincia		Ciudad / Localidad		Zona / Barrio / Urbanización		Nacionalidad	
	POTOSI		MODESTO OMISTE		RODEO CHICO				BOLIVIANO	
	Avenida		Calle		Pasaje		Número		Edificio	
	LOC. RIO SECO POTOSI								72420649	
									Bloque	

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	
	SOLDADOR			
	Nombre o Razón Social del Empleador		Teléfono	
	Cyc "SERVICIOS INTEGRALES"		72420649	
	Número patronal		Fax	
	12-951-0004		Otros	
	NIT <input checked="" type="checkbox"/> GOB <input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/>		8614011010	
	Departamento		Provincia	
	POTOSI		NOR LIPEZ	
Avenida		Calle		
MIRAFLORES		MIRAFLORES		
		Pasaje		
		Número		
		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, 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 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):

BUENO

Examen físico: NORMOTIPO

Peso (Kg.): 73 KG

Talla (cms): 1,65 CM

Signos vitales: 103/65

36,6 °C

Frec. Resp.: 19 x'

P.A. Temp.:

Relación pondo - 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.
CONIUNTIVAS 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 HILAR 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.BLANGOS: 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:CEI FPIT : LEUCOCITOS: 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 (OCUPACIONAL)

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 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	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Nombres		CUA		
	TICONA	QUISPE		WALDIR EUSTAQUIO				
	Matricula del Asegurado al Ente Gestor de Salud		EGS.		Fecha de Nacimiento			
	CI	RUN	PAS/C.E.	Sexo	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	
		OLIVAR 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
	SOLDADOR	13	10
	Nombre o Razón Social del Empleador		Teléfono
	Cyc "SERVICIOS INTEGRALES"		72420649
	Número patronal	NIT <input checked="" type="checkbox"/> GOB <input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/>	8614011010
	12-951-0004		
	Departamento	Provincia	Ciudad / Localidad
	POTOSI	NOR LIPEZ	SAN CRISTOBAL
	Avenida	Calle	Pasaje
MIRAFLORES	MIRAFLORES	69	

Sección para ser llenada por el Médico del trabajo

RECORD DE SERVICIOS

Empresa	Ocupación	Años (de - a)	Tiempo de trabajo en meses
1.			
2.			
3.			

Contaminantes a los que va a ser expuesto el trabajador:

Hábitos (cigarillo, 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 INTEGRO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EMOCIONALMENTE ESTABLE.

Antecedentes Gineco - Obstétricos:

Tipo menstrual:

Dismenorrea:

Menarquía:

Gesta:

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

Frec. Resp.: 19 x'

Relación pondo - 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 NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO CILINDRICO, SIMETRICO SIN ADENOPATIAS.
CONIUNTIVAS BLANQUESINAS, PUPILAS ISOCORICAS FOTORREACTIVAS, PIEZAS DENTALES CON CARIES 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 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. 5'330.000 mm³ Hto. 49,0% Hb. 17,1 mg/dl. G.BLANCOS: 4,500 mm³ GRUPO SANG.: "O" Rh POSITIVO
GLUCEMIA: 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 pcm. BACTERIAS: ESCASAS

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

Diagnóstico:

ESTABLE AL EXAMEN MEDICO (PRE-OCUPACIONAL)
SOBREPESO / CARIES 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 y Firma del Médico Examinador

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
- 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	Apellido Paterno		Apellido Materno		Apellido de Casada		Nombres		CUA	
	FIGUEROA		CONDORI				RAUL RAMIRO			
	Matricula 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"/>		DD MM AAAA	
	12346052 PT								23 08 1992	
	Soltero <input type="checkbox"/>		Casado <input checked="" type="checkbox"/>		Viudo <input type="checkbox"/>		Divorciado <input type="checkbox"/>		Conviviente <input type="checkbox"/>	
	Departamento		Provincia		Ciudad / Localidad		Zona / Barrio / Urbanización		Teléfono / otros	
	POTOSI		ANTONIO QUIJARRO		MALLU MILU				72391085	
Avenida		Calle		Pasaje		Número		Edificio		
		LOC, YURA- POTOSI				S/N				

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	
	Cyc "SERVICIOS INTEGRALES"		72420649	
	Número patronal		NIT <input checked="" type="checkbox"/> GOB <input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/>	
	12-951-0004		8614011010	
	Departamento		Provincia	
POTOSI		NOR LIPEZ		
Avenida		Calle		
MIRAFLORES		MIRAFLORES		

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 (cigarillo, Alcohol, coca, otros): <u>NO FUMA, SI BEBE, SI MASTICA COCA</u>			
Practica actualmente algún deporte: <u>OCASIONAL FUTSAL</u>			
Enfermedades anteriores: <u>IRAS Y EDAS PROPIAS DE LA INFANCIA</u>			
Intervenciones quirúrgicas: <u>NO</u>			
Accidentes: <u>NINGUNO DE IMPORTANCIA</u>			
Examen psicológico elemental (Integridad psicológica, estado mental, estado emocional, actitud, relaciones humanas, ambiente familiar, motivación para el trabajo): <u>PSICOLOGICAMENTE INTEGRO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EMOCIONALMENTE ESTABLE.</u>			
Antecedentes Gineco - Obstétricos:			
Tipo menstrual:	Dismenorrea:	Menarquía:	Gesta:
FUM:	N° de hijos vivos:	Para:	
Estado actual de salud (Síntomas, fecha de inicio, tratamiento):			
<u>CLINICAMENTE ESTABLE /</u>			
Examen físico:	Peso (Kg.):	Talla (cms):	Signos vitales:
<u>NORMOTIPO</u>	<u>76 Kg</u>	<u>163 CM</u>	<u>121/68, 36,1 °C</u>
Frec. Resp.:			
<u>19 x'</u>			
Relación pondo - estatural:	<u>I.M.C. 28,6 %</u>		
Pulso en reposo y esfuerzo:	<u>REPOSO 51 x' ESFUERZO 87 x'</u>		
Defectos congénitos o adquiridos (marcha claudicante, acortamiento, atrofia muscular, parálisis, parestesia, rigidez, limitación de movimientos, cifosis, escoliosis, lordosis, estrabismo, etc.):	<u>NINGUNO EVIDENTE</u>		

FORM SP 006/97

EMPLEADOR

Examen físico segmentario:

CRANEO NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO CILINDRICO, SIMETRICO SIN ADENOPATIAS
CONJUNTIVAS BLANQUESINAS, PUPILAS ISOGORICAS 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 PROYECCIÓN P.A., TEJIDO OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES.
CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA CONSERVADA,
TRAMIA BRONCOVASCULAR 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. 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-OCUPACIONAL)

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, 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 Provisión Social (a través de sus Direcciones o canales correspondientes), 3.- Instituto Nacional de Salud Ocupacional, 4.- Asegurado, 5.- Empleador.

Trabajador Asegurado	Apellido Paterno		Apellido de Casada		Nombres		CUA	
	ACHO		MENDOZA		JOSE BARTOLOME			
	Matricula del Asegurado al Ente Gestor de Salud				EGS.		Fecha de Nacimiento	
	CI		PAS/C.E.		Sexo		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	
	POTOSI		SUD LIPEZ		QUILLACAS			
	Avenida		Calle		Pasaje		Número	
		LOC. RIO SECO-POTOSI						
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							
	Nombre o Razón Social del Empleador				Teléfono		Fax	
	Cyc "SERVICIOS INTEGRALES"				72420649			
	Número patronal				NIT <input checked="" type="checkbox"/> GOB <input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/>		8614011010	
	12-951-0004							
	Departamento		Provincia		Ciudad / Localidad		Zona / Barrio / Urbanización	
	POTOSI		NOR LIPEZ		SAN CRISTOBAL		ZONA CENTRAL	
	Avenida		Calle		Pasaje		Número	
		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 (cigarillo, 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

Examen psicológico elemental (Integridad psicológica, estado mental, estado emocional, actitud, relaciones humanas, ambiente familiar, motivación para el trabajo):

PSICOLOGICAMENTE INTEGRO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EMOCIONALMENTE ESTABLE.

Antecedentes Gineco - Obstétricos:

Tipo menstrual:

Dismenorrea:

Menarquia:

Gesta:

Para:

FUM:

N° de hijos vivos:

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

CLINICAMENTE ESTABLE /

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

Frec. Resp.: 19 x'

Relación pondo - 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 CILINDRICO, SIMETRICO SIN ADENOPATIAS.
CONJUNTIVAS BLANQUESINAS, PUPILAS ISOCORICAS FOTORREACTIVAS, PIEZAS DENTALES CON CARIES 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 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. 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-OCUPACIONAL)

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
W. Alberto Panozo
Médico Familiar
MAY - 1107
Caja Nacional de Seguro Social

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	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Nombres		CUA		
	FERNANDEZ	MAMANI		YEMER				
	Matricula del Asegurado al Ente Gestor de Salud			EGS.				
	CI	RUN	PAS/C.E.	Sexo	Fecha de Nacimiento	DD	MM	AAAA
	8698485 LP			M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		07	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		
	LA PAZ	INQUISIVI	JACHAPAMPA					
	Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio	Bloque	Departamento	
		C/URURO-QUILLACOLLO		SN				
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 ESTRUCTURAL					13	10	2022
	Nombre o Razón Social del Empleador			Telefono	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		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 INTEGRO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EMOCIONALMENTE ESTABLE.

Antecedentes Gineco - Obstétricos:

Menarquía:

Tipo menstrual:

Dismenorrea:

Gesta:

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 pondo - 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 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 RADIOOPACO EN
TRAMA BRONCOVASCULAR HILAR 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
GLUCEMIA: 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 (OCUPACIONAL)

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, 06 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

BIOLOGICOS

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	Apellido Paterno		Apellido Materno		Apellido de Casada		Nombres		CUA	
	MISERICORDIA		FLORES				MILTON TEODORO			
	Matricula 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	
ENAF		DIAZ VILLAMIL -OR				122				
Información Laboral	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"/>	
	Departamento		POTOSI		Provincia		NOR LIPEZ		Ciudad / Localidad	
	MIRAFLORES		MIRAFLORES		Zona / Barrio / Urbanización		ZONA CENTRAL		Teléfono / otros	
	Avenida		Calle		Pasaje		Número		Edificio	
	BLOQUE		DEPARTAMENTO		72420649					
	MIRAFLORES		MIRAFLORES		69					
	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: FUTBOL			
Enfermedades anteriores: IRAS Y EDAS PROPIAS DE LA EDAD,			
Intervenciones quirúrgicas: OSTEOSINTESIS DE FEMUR DERECHO A LOS 3 AÑOS DE EDAD			
Accidentes: FRACTURA 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 INTEGRO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EMOCIONALMENTE ESTABLE.			
Antecedentes Gineco - Obstétricos:		Menarquía:	
Tipo menstrual:	Dismenorrea:	Gesta:	Para:
FUM:	N° 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
Frec. Resp.:	19 x		
Relación pondo - 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-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 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. 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 (OCUPACIONAL)

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.

Nombre y Firma del Médico Examinador

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

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	Apellido Paterno		Apellido Materno		Apellido de Casada		Nombres		CUA			
	FLORES		LAZO				CARLOS					
	Matricula del Asegurado al Ente Gestor de Salud		CI		RUN		PAS/C.E.		Sexo		Fecha de Nacimiento	
	12914990 TJ								M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		DD MM AAAA 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		
		LOC. TIRQUIBUCO				S/N				Departamento		

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	
	CyC "SERVICIOS INTEGRALES"		72420649	
	Número patronal		Fax	
	12-951-0004			
	NIT <input checked="" type="checkbox"/> GOB <input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/>		8614011010	
	Departamento		Provincia	
	POTOSI		NOR LIPEZ	
Avenida		Calle		
MIRAFLORES		MIRAFLORES		
Ciudad / Localidad		Zona / Barrio / Urbanización		
SAN CRISTOBAL		ZONA CENTRAL		
Pasaje		Número		
		69		
Edificio		Bloque		

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
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:	Menarquía:
Tipo menstrual:	Dismenorrea:
FUM:	Gesta:
	Para:
	N° 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.	Temp.: 36,4°C
Frec. Resp.:	20 x'
Relación pondo - 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 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. 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: CELEPIT: , 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 (OCUPACIONAL)

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

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	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: RÍTMICOS, 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

ENTE GESTOR DE SALUD

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
Dra. D. Benítez Rocha
Médico CIRUJANO
M.O. 8-786
Col. Instituto de Salud U. de 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 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	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Nombres		CUA			
	GOMEZ	DIAZ		VICTOR HUGO					
	Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud	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"/>	Vuido <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	Departamento		
		C/SANTA CRUZ-VILLAZON		S/N					
	Información Laboral	Dependiente <input checked="" type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	NIT/Asegurado Independiente		Fecha de inicio de relación laboral			
Ocupación		MANIOBRISTA				DD	MM	AAAA	
Nombre o Razón Social del Empleador		Cyc "SERVICIOS INTEGRALES"		Teléfono	Fax		Otros		
				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 LIPEZ	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 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 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 /			
Examen físico:	NORMOTIPO	Peso (Kg.):	66 Kg talla (cms):
Frec. Resp.:	19 x'		172 CM Signos vitales:
Relación peso - estatural:	I.M.C. 25 %		103/67A. 36,0 °Cmp.:
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 BLANQUESINAS, PUPILAS ISOCORICAS FOTORREACTIVAS, CRIES 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 HILAR REFORZADA, ANGULOS COSTODIAFRAGMATICOS Y CARDIOFRENICOS LIBRES.
SOMBRA CARDIACA AUMENTADO DE VOLUMEN (GRANDES VASOS Y BOTON AORTICO) EN LIMITES HABITUALES

Exámenes de laboratorio (comentario)

G.R. 5'710.000 mm³ Hto. 53,0% Hb 18,3 mg/dl. G.BLANCOS: 6.600 mm³ GRUPO SANG.: "A" Rh POSITIVO
GLUCEMIA: 71 mg/dl UREA: 25 mg/dl CREATININA: 1,1 mg/dl VDRI: 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 OCUPACIONAL)

CRIES 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 Dr. Guillermo W. Alvarado Panozo
Médico Familiar
A - 11047
Médico Examinador

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

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 / Hospitalarios, a 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 correspondiente 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			
	ANCASI		CAMA				EUGENIO					
	Matricula del Asegurado al Ente Gestor de Salud		CI		RUN		PAS/C.E.		Sexo		Fecha de Nacimiento	
	4063538 OR								M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		DD MM AAAA 03 09 1983	
	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input checked="" type="checkbox"/> Vuido <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/>								Nacionalidad		BOLIVIANO	
	Departamento		Provincia		Ciudad / Localidad		Zona / Barrio / Urbanización		Teléfono / otros			
	ORURO		POOPO		VENTA Y MEDIA							
	Avenida		Calle		Pasaje		Número		Edificio		Bloque Departamento	
			URB. CIO I-MZ. M-5 LT.40 OR									
Información Laboral	Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> NIT/Asegurado Independiente <input type="checkbox"/>								Fecha de inicio de relación laboral			
	Ocupación		SOLDADOR						DD MM AAAA			
	Nombre o Razón Social del Empleador		CyC "SERVICIOS INTEGRALES"		Teléfono		72420649		Fax		Otros	
	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 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): 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 INTEGRO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EMOCIONALMENTE ESTABLE.			
Antecedentes Gineco - Obstétricos:		Menarquía:	
Tipo menstrual:	Dismenorrea:	Gesta:	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 pondo - 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, PUPILAS ISOCORICAS FOTORREACTIVAS
TORAX SIMETRICO, EXPANSION CONSERVADA, AMBOS CAMPOS PULM. CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO
CORAZON CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, REGULARES Y NORMOFONETICOS.
ABDOMEN: PLANO, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, RUIDOS HIDROAEREOS NORMOACTIVOS.
EXTREMIDADES 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 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: CELEPT.: 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-OCUPACIONAL)

~~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.