


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			
Dirección Identificación	Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud		EGS.		DD	MM	AAAA
	CI	RUN	PAS/C.E.	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	08	02	1994
	8565782						
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		
	POTOSI	NOR LIEPEZ	AN PEDRO DE QUEME		72420649		
	Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio	Bloque	Departamento
	AV. NOVENA	C/ ZONA 11 DE JULIO		94			
	Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> NIT/Asegurado Independiente				Fecha de inicio de relación laboral		
					DD	MM	AAAA
	OPERADOR DE EQUIPO						
	Nombre o Razón Social del Empleador		Teléfono	Fax	Otros		
	CyC "SERVICIOS INTEGRALES"		72420649				
	Número patronal		<input checked="" type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> GOB <input type="checkbox"/> SUP	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**

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

PSICOLOGICAMENTE INTEGRERO, 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-BLANCO, DEPRESIBLE, DOLOROSO EN EPIGASTRO 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 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 otorgan estos servicios.