

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 Empleador o al 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.- Asegurador, 5.- Empleador.

Trabajador Asegurado	Dirección Identificación
----------------------	--------------------------

Información Laboral

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, MASTICA COCA OCASIONAL

Practica actualmente algún deporte: FUTSAL

Enfermedades anteriores : IRAS Y EDAS PROPIAS DE LA EDAD, PORTADOR DE COLELITIASIS

Intervenciones quirúrgicas: NINGUNO

Accidentes: NINGUNO

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.) : **64, KG** Talla (cms): **1,64 CM** Signos vitales: _____ P.A. **128/86** Temp.: **36,7**

Frec. Resp.: **20 X¹**

Relación pondo - estatural: **I.M.C. 23,8 %**

Pulso en reposo y esfuerzo: **REPOSO: 87 x ' ESFUERZO: 96 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 BLANQUEAS, 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, R.H.A. NORMOACTIVOS
EXTREMIDADES CON TONO TROFISMO CONSERVADO.

Exámenes radiológicos (comentario):

RAYOS X DE TORAX PROYECCION P.A. TEJIDO OSTEOMUSCULAR S/P, CAMPOS PULMONARES CON TRASPARENCIA CONSERVADA
TRAMA BRONCOVASCULAR HILAR REFORZADA, ANGULOS COSTODIAFRAGMATICOS Y CARDIOFRENICOS LIBRES.
SOMBRA CARDIACA CONSERVADO (GRANDES VASOS Y BOTON AORTICO) EN LIMITES HABITUALES.

Exámenes de laboratorio (comentario):

G. ROJOS: 5'830,000 mm³, Hto. 56,2 %, Hb. 19,3 mg/dl, G. BLANCOS: 5,600 mm³, GRUPO SANG.: "O" Rh. POSITIVOS
GLICEMIA: 75, mg/dl. UREA: 22 mg/dl. CREATININA: 1,0 mg/dl. VDRL: NO REACTIVO, BD: Bl-, BT: MG/DL
EX. de ORINA: CEL-EPIT.: REGULAR, LEUCOCITOS: 0-2 pcm. GR: (-) PCM, BACTERIAS: -

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

Diagnóstico: _____

CLINICAMENTE SANO AL EXAMEN (INTRA-OCUPACIONAL)

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.
EJERCICIO FISICO

Nombre y Firma del Médico Examinador

UYUNI, 04 DE ENERO 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.