



## 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 se manda 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.- MCTE, 4.- Caja de Salud Ocupacional, 4.- Asegurado, 5.- Empleador.

Trabajador Asegurado	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Nombres	CUA		
	CHOQUE	VARGAS		LUIS FERNANDO			
	Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud			EGS			
	CI	RUN	PAS/C.E.	Sexo	Fecha de Nacimiento	DD	MM
	3791083 CBBA			M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	19	06	AAAA
	Soltero <input checked="" type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Conviviente <input type="checkbox"/>	BOLIVIANO	
	Departamento	Provincia	Ciudad / Localidad	Zona / Barrio / Urbanización	Teléfono / otros		
	POTOSI	SUD CHICHAS	SIETE SUYOS		64373285		
	Avenida	Calle	Pasaje	Número	Edificio	Bloque	Departamento
	GALINDO KM 10-Z	PIÑAMI-CBBA					
Información Laboral	Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> NIT/Asegurado Independiente					Fecha de inicio de relación laboral	
	Ocupación				DD	MM	AAAA
	<b>AYUDANTE</b>						
	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		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, 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

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:	Menarquia:	Gesta:	Para:
Tipo menstrual:	Dismenorrea:		
FUM:		Nº 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°C
Frec. Resp.: 20 X'			
Relación peso - 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 BLANQUESTINAS, PUPILLAS ISOCORICAS FOTORREACTIVAS.

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

CORAZON CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, REGULARES Y NORMOFONETICOS.

ABDOMEN BLANDO, DEPRESSIBLE, 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 TRANSPARENTE CONSERVADA

TRAMA BRONCOVASCULAR HILIAR REFORZADA, ANGULOS COSTODIAFRAGMATICOS Y CARDIOFRENICOS LIBRES.

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

Exámenes de laboratorio (comentario):

G.ROJOS: 5'830,000 mm<sup>3</sup>, Hto. 56,2 %, Hb. 19,3 mg/dl, G.BLANCOS: 5,600 mm<sup>3</sup>, GRUPO SANG.: "O" RH. POSITIVOS

GLICEMIA: 75 mg/dl, UREA: 22 mg/dl, CREATININA: 1,0 mg/dl, VDRL: NO-REACTIVO, BD: BI+, BT: MG/DL

EX. de ORINA: CELEPIT.: 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-OCCUPACIONAL)

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 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

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.