



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			
	ACHO	MENDOZA		SANJINES					
Dirección Identificación	Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud			EGS	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento 25 08 1982	DD	MM	AAAA
	CI 6603194 PT	RUN	PAS/C.E						
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 POTOSI	Provincia SUD LIEPEZ	Ciudad / Localidad AGUA MILAGRO	Zona / Barrio / Urbanización VILLAZON - PT		Teléfono / otros			
Avenida FINAL SANTA CRUZ	Calle	Pasaje	Número	Edificio		Bloque	Departamento	S/N	
Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> NIT/Asegurado independiente						Fecha de inicio de relación laboral			
Ocupación AYUDANTE						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 POTOSI	Provincia NOR LIEPEZ	Ciudad / Localidad SAN CRISTOBAL	Zona / Barrio / Urbanización ZONA CENTRAL		Teléfono / otros 72420649				
Avenida MIRAFLORES	Calle MIRAFLORES	Pasaje 68	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 NO ,BEBE NO,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

Examen físico: **NORMOTIPO** Peso (Kg) **71 KG** Talla (M) **1,62 CM** Signos vitales **120/80** **36,2 °C** Temp : _____
Frec. Resp. **20 x'**

Relación peso - estatura: **I.M.C. 27,1**

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: ROSADAS, HUMEDAS, CUELLO CILINDRICO, SIN ADENOPATIAS.
CONJUNTIVAS BLANQUECINAS, PUPILAS ISOCORICAS FOTORREACTIVAS.
TORAX SIMETRICO, EXPANSION CONSERVADA, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN A.C.P.
CORAZON CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, REGULARES Y NORMOFONETICOS.
ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, RHA NORMOACTIVOS.
EXTREMIDADES: NORMOTONICOS, NORMOTROFICOS, SIN EDEMAS

Exámenes radiológicos (comentario)

RAYOS X DE TORAX PROYECCION P.A.
PARTES BLANDAS S/P, CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA CONSERVADA,
TRAMA BRONCOVASCULAR HILIAR REFORZADA, ANGULOS COSTODIAFRAGMATICOS Y CARDIOFRENICOS LIBRES.
SILUETA CARDIACA (GRANDES VASOS Y BOTON AORTICO EN LIMITES NORMALES)

Exámenes de laboratorio (comentario)

G.R. 6'400.000 mm3, G. BLANCOS: 7,900 mm3, Hto. 57,3 %, Hb. 18,9 mg/dl. GRUPO SANG.: "O" Rh. POSITIVO
GLICEMIA: 79,49 mg/dl. UREA: 36,7 mg/dl. CREATININA: 1,04 mg/dl. VDRL: NO REACTIVO, BD: BI BT: MG/DL
EX. de ORINA: CEL. EPIT., LEUCOCITOS: 3 - 5 pcm. GLOB. ROJOS: PCM, BACTERIAS: ESCASA CANTIDAD

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

Diagnóstico.

SANO AL EXAMEN MEDICO (OCCUPACIONAL)

Comentario:

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