

EXAMEN INTRA - OCUPACIONAL

Este formulario debe ser llenado por los Centros Médicos Integrados, 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 | | GUA | | | |
| | BALCAZAR | | | | | | ROBERTO | | | | | |
| | Matrícula del Asegurado al Ente Gestor de Salud | | CI | | RUN | | PAS/C.E. | | Sexo | | Fecha de Nacimiento | |
| | 8594569 PT | | | | | | | | M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | | DD MM AAAA 04 12 1987 | |
| | 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 | | | |
| | TARIJA | | AVILES | | PALQUI | | | | | | | |
| | Avenida | | Calle | | Pasaje | | Número | | Edificio | | Bloque Departamento | |
| | LOC. SAN CRISTOBAL | | | | | | S/N | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Información Laboral | 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 | | 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): | FUMA, BEBE, MASTICA COCA OCASIONAL | | |
| Practica actualmente algún deporte: | FUTSAL | | |
| Enfermedades anteriores: | IRAS Y EDAS PROPIAS DE LA EDAD | | |
| Intervenciones quirúrgicas: | OSTEOSINTESIS TOBILLO IZQUIERDO | | |
| Accidentes: | LABORAL EX TOBILLO IZO EN DERRUMBE | | |
| 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.): | 59 KG (cms): 1,57 CM |
| Frec. Resp.: | 19 x' | Tem. vitales: | 80/46 36,6°C |
| Relación peso - estatural: | I.M.C. 23,1% | | |
| Pulso en reposo y esfuerzo: | REPOSO 56 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 EVIDENTE | | | |

FORM SP 006/97

ASEGURADO

Examen físico segmentario:

CRANEO NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO CILINDRICO, SIMETRICO SIN ADENOPATIAS.
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, SIN EDEMAS

Exámenes radiológicos (comentario)

RAYOS X DE TORAX PROYECCION P.A.
PARTES BLANDAS S/P, CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA CONSERVADA,
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. 5'630.000 mm³, G. BLANCOS: 6.600 mm³, Hto. 53,1 %, Hb. 18,0 mg/dl. GRUPO SANG.: "O" Rh. POSITIVO
GLICEMIA: 90,64 mg/dl. UREA: 19,7 mg/dl. CREATININA: 0,9 mg/dl. VDRL: NO REACTIVO
EX. de ORINA: CEL. EPIT.: 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:

SANO AL EXAMEN MEDICO (OCUPACIONAL)

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

UYUNI, 12 DE ABRIL 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.