

## FICHA MEDICA RM-312

### DATOS DEL PACIENTE

APELLIDOS Y NOMBRES				HISTORIA CLINICA			
DNI	EDAD	GENERO	FECHA NAC.	COD. ATENCION			
EMPRESA				TIPO DE EXAMEN			
AREA DE TRABAJO				PUESTO			
EMAIL	TELEFONO			ESTADO CIVIL			
GRADO INSTRUC.			LUGAR NAC.				

DIRECCION		DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO
-----------	--	--------------	-----------	----------

ESSALUD	<input type="checkbox"/>	EPS	<input type="checkbox"/>	SCTR	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	-----	--------------------------	------	--------------------------	------	--------------------------

ALTURA DE LABOR	FECHA DEL EXAMEN	LUGAR DEL EXAMEN	CLINICA ALIVIARI
-----------------	------------------	------------------	------------------

PUESTO AL QUE POSTULA	CARGO ACTUAL
-----------------------	--------------

ÁREA DE TRABAJO	ACT. ECONOMICA
-----------------	----------------

DEPARTAMENTO		PROVINCIA		DISTRITO	
UBICACIÓN DE EMPRESA					

TIEMPO DE RESIDENCIA EN LUGAR DE TRABAJO	RESIDENCIA EN LUGAR DE TRABAJO	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

### ANTECEDENTES OCUPACIONALES (Ver adjunto Historia Ocupacional)

### ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

Alergias	Diabetes	TBC	Hepatitis B	H.Col	Pt. Columna	Qx.
Asma	HTA	ITS	Tifoidea	Prob CV	HBP	Otros
Bronquitis	Neoplasia	Convulsione	H.tg	Artropatía	Migraña	

Otros:	
Quemaduras:	
Cirugías :	Intoxicaciones :

Hábitos Nocivos	TIPO	CANTIDAD	FRECUENCIA
Alcohol			
Tabaco			
Drogas			
Medicamentos			

### ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES

Padre:	Madre:	Hermanos:	Nº
Espos(a):	Hijos Vivos:	Nº	Hijos Fallecidos:

### ABSENTISMO: Enfermedades y Accidentes (asociado a trabajo o no)

Enfermedad, Accidente	Asociado al Trabajo		Año	Días de descanso
	SI	NO		

HISTORIA CLINICA

COD. ATENCION

## EVALUACION MEDICA

Anamnesis:

Examen  
Clínico

PA (mmHg.)

100/60

Temp. (°C)

37

Sat. O2 (%)

95

Cadera (cm.)

90

F. Resp (x min.)

19

Peso Kg.

64

IMC (Kg/m2)

22.68

ICC

0.84

F. Card. (x min.)

60

Talla (m.)

1.68

Cintura (cm.)

76

Otros :

Ectoscopia :

Estado Mental :

## EXAMEN FISICO

Órgano o Sistema

Sin Hallazgos

Hallazgos

Piel

Cabello

Ojos y Anexos

Agudeza  
Visual

OD

OI

Con  
Correctores

OD

OI

Fondo de Ojo

Visión de  
ColoresVisión de  
Profundidad

Oídos

Nariz

Boca

Faringe

Cuello

Aparato Respiratorio

Aparato Cardiovascular

Aparato Digestivo

Aparato Genitourinario

Aparato Locomotor

Marcha

Columna

Miembros Superiores

Miembros Inferiores

Sistema Linfático

Sistema Nervioso

## CONCLUSIONES DE EVALUACION PSICOLOGICA

APLICA

NO APLICA

## CONCLUSIONES RADIOGRAFICAS

APLICA

NO APLICA

HISTORIA CLINICA		COD. ATENCION	
------------------	--	---------------	--

#### HALLAZGOS PATOLOGICOS DE LABORATORIO

	APLICA	
	NO APLICA	

#### CONCLUSION AUDIOMETRIA

	APLICA	
	NO APLICA	

#### CONCLUSION ESPIROMETRIA

	APLICA	
	NO APLICA	

#### CONCLUSIONES ODONTOLOGIA

	APLICA	
	NO APLICA	

#### CONCLUSIONES EKG

	APLICA	
	NO APLICA	

#### OTROS

--

#### DIAGNOSTICO MEDICO OCUPACIONAL

CIE - 10

1.	P	D	R	
2.	P	D	R	
3.	P	D	R	

#### OTROS DIAGNOSTICOS

4.	P	D	R	
5.	P	D	R	
6.	P	D	R	

<b>APTO</b>		<b>APTO CON RESTRICCIONES</b>		<b>NO APTO</b>	
-------------	--	-------------------------------	--	----------------	--

RECOMENDACIONES	RESTRICCIONES

--	--	--	--

Firma del Paciente      Huella Digital      Firma y sello del Medico Evaluador      Firma y sello del Medico Ocupacional

(con la cual declara que la información declarada es veraz)