

 <small>american call center</small>	FICHA OCUPACIONAL 2025				
N°. DE CEDULA _____					
1. DATOS DE FILIACION					
NOMBRE COMPLETO: _____					
Edad: _____	SEXO: F M CARGO _____ Tiemp. Cargo _____				
2. MOTIVO DE CONSULTA:					
FMO					
3. ANTECEDENTES PERSONALES					
Clínicos:					
asdad					
Quirúrgicos:					
Actividad Física:	SI NO / Cual: _____				
Medicación Actual	SI NO / Cual: _____				
Alcohol	SI NO / Cual: _____				
Tabaco	SI NO / Cual: _____				
Otros	SI NO / Cual: _____				
4. INFORMACION OCUPACIONAL					
Incidente de trabajo: _____					
Accidente de trabajo: _____	Calificado: SI - NO Fecha: _____				
Enfermedad profesional: _____	Calificado: SI - NO Fecha: _____				
5. ANTECEDENTES FAMILIARES:					
Cardio-vascular	Metabolica	Neurologica	Oncológica	Infeciosa	Hereditaria
Descrip.					
6. FACTORES DE RIESGOS DEL PUESTO DE TRABAJO					
Ruido		Polvos		Alta respons.	
Iluminación		Líquidos		Conflicto de Rol	
Ventilación		Virus/Bacterias		Sobrecarga lab.	
Caidas mismo nivel		Posturas Forz.		Inestabilidad lab.	
Atropellamientos por vehículos		Movimientos Repetitivos		Relaciones Interper.	
Caidas Desnivel		Monotomía			
7. SSO					
SALUD MENTAL (ACTIVIDADES)	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>				
RIESGOS LABORALES	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>				
PAUSAS ACTIVAS	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>				
8. INMUNIZACION					
INFLUENZA	TETANO	HEPATITIS B	COVID DOSIS #		
9. ORGANOS Y SISTEMAS:					
Piel y anexo	Respiratorio	Digestivo	Musculo-esquelético	Hemolinf.	Org. Sentidos
Genito-urinario	Endocrino	Nervioso	Cardio-Vascular		
Descrip.					
