


FICHA PRE OCUPACIONAL				Fecha _____	
		Sector: Privado		N° Cedula _____	
1. DATOS DE AFILIACION				Grupo Sanguineo _____	
NOMBRE COMPLETO: _____					
Edad _____	Discapacidad: _____		% _____	Religión _____	
Puesto de Trabajo _____		Actividades Relevantes _____			
Orientacion sexual:	Lesbiana <input type="checkbox"/>	Gay <input type="checkbox"/>	Bisexual <input type="checkbox"/>	Hetero <input type="checkbox"/>	Omite información <input type="checkbox"/>
Identidad de Genero:	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	Transgenero <input type="checkbox"/>	Omite información <input type="checkbox"/>	
2. MOTIVO DE CONSULTA					
3. ANTECEDENTES PERSONALES					
Clinicos - Quirurgicos					
Gineco- Obstétricos					
Menarquia	Ciclos R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	FUM	GESTAS	PARTOS	CESAREA
Hijos V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	VSA Si No	MPF Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PAP	Colpos	Eco Mama
ABORTO					
Mamografia					
AP masculinos					
Ag Prst	Eco Prost	Obsv.			
Hábitos					
Actividad Fisica:	SI NO	_____			
Medicacion Actual	SI NO	_____			
Alcohol	SI NO	_____			
Tabaco	SI NO	_____			
Otros	SI NO	_____			
4. ANTECEDENTES LABORALES					
Antecedentes de empleos anteriores					
EMPRESA	PUESTO	ACTIVIDAD	TIEMPO	RIESGO	
5. INFORMACION OCUPACIONAL					
Accidente de trabajo: _____			Calificado: Si - No		Fecha: _____
Enfermedad profesional: _____			Calificado: Si - No		Fecha: _____
6. ANTECEDENTES FAMILIARES:					
Car-vasc <input type="checkbox"/>	Metabolica <input type="checkbox"/>	Neurolog. <input type="checkbox"/>	Onco <input type="checkbox"/>	Infec. <input type="checkbox"/>	Hereditaria <input type="checkbox"/>
Descrip. _____					
7. FACTORES DE RIESGOS DEL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL					
Ruido		Polvos		Alta respons.	
Iluminacion		Liquidos		Conflicto de Rol	
Ventilacion		Virus/Bacterias		Sobrecarga lab.	
Caidas mismo nivel		Posturas Forz.		Inestabilidad lab.	
Atropellamientos por vehiculos		Movimientos Repetitivos		Relaciones Interper.	
Caidas Desnivel		Monotomia			

8. ACTIVIDADES EXTRALABORALES

9. ORGANOS Y SISTEMAS:

Piel y anexo	<input type="checkbox"/>	Respiratorio	<input type="checkbox"/>	Digestivo	<input type="checkbox"/>	Mus-esq	<input type="checkbox"/>	Hemolinf.	<input type="checkbox"/>	Org. Sent	<input type="checkbox"/>	Gen-uri	<input type="checkbox"/>
Endocrino	<input type="checkbox"/>	Nervioso	<input type="checkbox"/>	Cardio-Vascular	<input type="checkbox"/>								

Descrip. _____

10. SIGNOS VITALES/ANTROPOMETRIA

Presion Arterial		Temp.		FC		sat. Ox.		FR			
Peso	Talla	IMC		Biotipo		Atleti.	<input type="checkbox"/>	Picn.	<input type="checkbox"/>	Atletico	<input type="checkbox"/>

11. EXAMEN FISICO REGIONAL

Cabeza

Cuello	<input type="checkbox"/>
Garganta	<input type="checkbox"/>
Ojos	<input type="checkbox"/>
Oidos	<input type="checkbox"/>
Nariz	<input type="checkbox"/>
Boca	<input type="checkbox"/>
Dentadura	<input type="checkbox"/>

TORAX

Corazón	<input type="checkbox"/>
Pulmones	<input type="checkbox"/>

ABDOMEN

Inspeccion	<input type="checkbox"/>
Palpacion	<input type="checkbox"/>
Percusion	<input type="checkbox"/>

Auscultacion	<input type="checkbox"/>
<u>HERNIAS Y ANILLOS</u>	
Umbilical	<input type="checkbox"/>
Inguinal derecho	<input type="checkbox"/>
Clural derecho	<input type="checkbox"/>
Inguinal izquierdo	<input type="checkbox"/>
Clural izquierdo	<input type="checkbox"/>
<u>COLUMNA VERTEBRAL</u>	
Deformaciones	<input type="checkbox"/>
Movilidad	<input type="checkbox"/>
Masas musculares	<input type="checkbox"/>
<u>REGIÓN INGUINO GENITAL</u>	
Tracto urinario	<input type="checkbox"/>
Tracto genital	<input type="checkbox"/>
Región ano- perineal	<input type="checkbox"/>

EXTREMIDADES

Superior derecha	<input type="checkbox"/>
Superior izquierda	<input type="checkbox"/>
Inferior derecha	<input type="checkbox"/>
Inferior izquierda	<input type="checkbox"/>

EXAMÉN NEUROLOGICO

Reflejos tendinosos	<input type="checkbox"/>
Sencibilidad superficial	<input type="checkbox"/>
Reflejos pupilares	<input type="checkbox"/>

VISUAL

Ojo derecho	<input type="checkbox"/>
Ojo izquierdo	<input type="checkbox"/>

OTOSCOPIA

Oido derecho	<input type="checkbox"/>
Oido izquierdo	<input type="checkbox"/>

Descrip. _____

12. EXAMENES GENERALES

LABORATORIO	_____
RX.	_____
AUDIOMETRIA	_____
OPTOMETRIA	_____
EKG	_____

13. DIAGNOSTICOS

	CIE 10	Def.	Prest.
1			
2			
3			
4			
5			

14. APTITUD MEDICA PARA EL CARGO

APTO	<input type="checkbox"/>	APTO en Observacion	<input type="checkbox"/>	APTO con limitaciones	<input type="checkbox"/>	NO APTO	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------	--------------------------

Observacion

Limitacion

14. RECOMENDACIONES Y TTO.

INFORME MEDICO GENERAL

Firma y Sello
Medico:
Codigo:

Firma del Trabajador
Fecha: