


EMPRESA: ☐ MINERA LA ZANJA S.R.L.  
 CONTRATISTA: ☒ MINERA LA ZANJA S.R.L.  
 APELLIDOS Y NOMBRES: SALVATIERRA DE RIOS MARGARITA YOLANDAxx



ANUAL ☒  
 RETIRO ☐  
 REUBICACIÓN ☐  
 N° DE FICHA: N009-SR000004856

|   |   |   |   |  |   |   |          |
|---|---|---|---|--|---|---|----------|
| FECHA DEL EXAMEN  |   | 13/07/2018  |   | MINERALES EXPLOTADOS O PROCESADOS  |   |   |          |
| LUGAR Y FECHA NACIMIENTO  |   | DOMICILIO ACTUAL  |   | LUGAR DE LABOR   |   | ALTITUD DE LABOR  |          |
| - 13/07/1978  |   |   |   | SUPERFICIE <input type="checkbox"/><br>CONCENTRADORA <input type="checkbox"/><br>SUBSUELO <input type="checkbox"/> |   | DEBAJO DE 2500 m <input type="checkbox"/><br>2501 a 3000 m <input type="checkbox"/><br>3001 a 3500 m <input type="checkbox"/> |          |
| EDAD  | GÉNERO  | DNI   | ESTADO CIVIL  |  | GRADO DE INSTRUCCIÓN  |   |          |
| 40 Años   | M <input checked="" type="checkbox"/><br>F <input type="checkbox"/> | 21855323<br>TELÉFONO  | SOLTERO <input checked="" type="checkbox"/> CONVIVIENTE <input type="checkbox"/><br>VIUDO <input type="checkbox"/><br>CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> |  | ANALFABETO <input type="checkbox"/><br>PRIM. COMP <input type="checkbox"/> SEC. COMP <input checked="" type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/><br>PRIM. INCOMP <input type="checkbox"/> SEC INCOMP <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> |   |          |
| RUIDO   | <input type="checkbox"/> CANCERÍGENOS                               |   | <input type="checkbox"/> TEMPERATURA  |  | <input type="checkbox"/> CARGAS   |   |          |
| POLVO   | <input type="checkbox"/> MUTAGÉNICOS                                |   | <input type="checkbox"/> BIOLÓGICOS   |  | <input type="checkbox"/> MOV. REPET.  |   |          |
| VIB SEGMENTARIA   | <input type="checkbox"/> SOLVENTES                                  |   | <input type="checkbox"/> POSTURAS   |  | <input type="checkbox"/> PVD  |   |          |
| VIB TOTAL   | <input type="checkbox"/> METALES PESADOS                            |   | <input type="checkbox"/> TURNOS   |  | <input type="checkbox"/> OTROS  |   |          |
| Describe según corresponda  |   |   |   |  |   |   |          |
| Puesto al que postula:  |   |   |   |  |   |   |          |
| Puesto actual:  |   |   |   |  |   |   |          |
| Reubicación: SI NO: X   |   |   |   |  |   |   |          |
| <b>ANTECEDENTES OCUPACIONALES</b>   |   |   |   |  |   |   |          |
| (VER ADJUNTO HISTORIA OCUPACIONAL)  |   |   |   |  |   |   |          |
| ANTECEDENTES PERSONALES   |   | 8/11/2018   |   | ALERGIAS   |   | hjjhn   |          |
|   |   | 1/01/2000   |   | CIRUGÍAS   |   | NIEGA   |          |
|   |   | 1/01/2000   |   | DIABETES   |   | NIEGA   |          |
|   |   | 1/01/2000   |   | HTA  |   | NIEGA   |          |
| <b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>  |   |   |   | <b>INMUNIZACIONES</b>  |   | <b>NÚMERO DE HIJOS</b>  |          |
|   | <b>DIAGNÓSTICO</b>  | <b>COMENTARIO</b>   |   | Descripción  |   | Nro. Dosis  |          |
| PADRE   | OSTEOPOROSIS  | kjhikjknj   |   | TETANO   |   | 0   |          |
|   | GLAUCOMA  | jkjkl   |   |  |   | Vivos Muertos   |          |
| MADRE   | ASMA BRONQUIAL  | kikiñl  |   | INFLUENZA  |   | 0   |          |
| HERMANOS  | HEPATITIS B   | 0   |   |  |   | 0   |          |
| <b>HÁBITOS</b>  |   |   |   |  |   |   |          |
| HÁBITOS   | TABACO  | ALCOHOL   | DROGAS  | TALLA  | PESO  | FUNCIÓN RESPIRATORIA ABS %  |          |
| NADA  | <input checked="" type="checkbox"/>                                 | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/>  | 1.63 mts   | 60.0 Kg   | FVC   | 4.13     |
| POCO  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                      | <input checked="" type="checkbox"/>   |  |   | FEV1  | 5.00     |
| HABITUAL  | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>  | IMC  |   | FEV1/FVC  | 121.1    |
| EXCESIVO  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/>  | 22.58  |   | FEF 25-75%  | 115.00 % |
| ACTIVIDAD FÍSICA: ACTIVO  |   |   |   | CONCLUSIÓN   |   | ICC 1.0   |          |
| CABEZA  |   | Cabeza normo cefálica, cuero cabelludo con buena implantación |   |  |   |   |          |
| CUELLO  |   | Cuello, normal, no se palpa tiroides                          |   |  |   | NARIZ SIN ALTERACIÓN.   |          |
| BOCA, AMÍGDALAS, FARINGE, LARINGE   |   |   |   |  |   | PIEZAS EN MAL ESTADO  |          |
| Normales.   |   |   |   |  |   | PIEZAS QUE FALTAN   |          |
| OJOS  | SIN CORREGIR  |   | CORREGIDA   |  | ENFERMEDADES OCULARES   |   | N/A      |
|   | O.D   | O.I   | O.D   | O.I  | REFLEJOS PUPILARES  |   | N/A      |
| VISIÓN DE CERCA   | N/A   | N/A   | N/A   | N/A  | FONDO DE OJO  |   | N/A      |
| VISIÓN DE LEJOS   | N/A   | N/A   | N/A   | N/A  | TONOMETRÍA (PIO)  |   | N/A      |
| VISIÓN DE COLORES   | N/A   |   |   |  |   |   |          |
| OIDOS Audición derecha 500 1000 2000 3000 8000  |   |   |   | Audición izquierda 500 1000 2000 3000 8000   |   |   |          |
| Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000<br>dB(A) 15 15 10 35 45 55 65                                    |   |   |   | Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000<br>dB(A) 10 35 45 55 25 15 5  |   |   |          |
| OTOSCOPIA OD CAE permeable, Membrana Timpánica indemne, color blanco nacarado, forma levemente cónica |   |   |   | F. RESPIRATORIA  |   | 18 x min  |          |
| OI CAE permeable, Membrana Timpánica indemne, color blanco nacarado, forma levemente cónica           |   |   |   | F. CARDIACA  |   | 76 x min  |          |
|   |   |   |   | Sat. O2  |   | 90 %  |          |
|   |   |   |   | PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA   |   |   |          |
|   |   |   |   | SISTÓLICA  |   | 100 mmHg  |          |
|   |   |   |   | DIASTÓLICA   |   | 60mmHg  |          |

|   |   |   |                                     |                                     |                                      |  |  |                                     |  |
|---|---|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--|--|-------------------------------------|--|
| PULMONES  | NORMAL  | <input type="checkbox"/>  | ANORMAL                             | <input checked="" type="checkbox"/> | DESCRIPCIÓN                          | S/A: MURMULLO VESICULAR Y VIBRACIONES VOCALES PASAN BIEN EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO RUIDOS AGREGADOS |  |                                     |  |
| MIEMBROS SUPERIORES   |   | SIN ALTERACIONES.   |                                     |                                     |                                      |  |  |                                     |  |
| MIEMBROS INFERIORES   |   | SIN ALTERACIONES.   |                                     |                                     |                                      |  |  |                                     |  |
| REFLEJOS OSTEO-TENDINOSOS   |   | SIN ALTERACIONES  |                                     |                                     | MARCHA                               | SIN ALTERACIONES   |  |                                     |  |
| COLUMNA VERTEBRAL   |   | SIN ALTERACIONES  |                                     |                                     |                                      |  |  |                                     |  |
| ABDOMEN   |   | Abdomen blando, depresible e indoloro, no se palpan masas, ruidos hidroaéreos normales.                                       |                                     |                                     | TACTO RECTAL                         |  |  |                                     |  |
|   |   |   |                                     |                                     | DIFERIDO                             | <input type="checkbox"/>   | ANORMAL  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|   |   |   |                                     |                                     | NORMAL                               | <input type="checkbox"/>   | OBS.   | DIFERIDO.asd                        |  |
| ANILLO INGINALES  | Anillos Inguinales, interno y externo normales, sin presencia de hernias. |   | HERNIAS                             | AUSENTES                            |                                      |  | VARICES  | AUSENTES                            |  |
| ÓRGANOS GENITALES   | NORMAL  |   |                                     | GANGLIOS                            | NORMAL, NO SE EVIDENCIA ADENOPATÍAS. |  |  |                                     |  |
| LENGUAJE, ATENCIÓN, MEMORIA, ORIENTACIÓN, INTELIGENCIA, AFECTIVIDAD               |   |   |                                     | NORMAL                              |                                      |  |  |                                     |  |
|  | VÉRTICES  |   | JASON                               |                                     | SENOS                                |  | LIBRES.  |                                     |  |
|   | CAMPOS PULMONARES   |   | NORMALES.                           |                                     | MEDIASTINOS                          |  | NORMALES.  |                                     |  |
|   | HILOS   |   | NORMALES.                           |                                     | SILUETA CARDIOVASCULAR               |  | DIMENSIONES NORMALES.  |                                     |  |
|   |   |   |                                     |                                     |                                      |  |  |                                     |  |
| N° Rx   | 21855323  |   | CONCLUSIONES RADIOGRÁFICAS          |                                     |                                      |  |  |                                     |  |
| FECHA   | 25/07/2018  |   |                                     |                                     |                                      |  |  |                                     |  |
| CALIDAD   | BUENA   |   |                                     |                                     |                                      |  |  |                                     |  |
| SÍMBOLOS  |   |   |                                     |                                     |                                      |  |  |                                     |  |
| 0/0   | 1/0   | 1/1, 1/2  | 2/1, 2/2, 2/3                       | 3/2, 3/3, 3+                        | A,B,C                                | St.  | REACCIONES SEROLÓGICAS A LUES  |                                     |  |
| CERO  | 1/0   | UNO   | DOS                                 | TRES                                | CUATRO                               | <input type="checkbox"/>   |  |                                     |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>   | NEGATIVO   | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| SIN NEUMOCONIOSIS   |   | IMAGEN RADIOGRÁFICA DE EXPOSICIÓN A POLVO NO REALIZADO  |                                     |                                     | CON NEUMOCONIOSIS                    |  | POSITIVO   | <input type="checkbox"/>            |  |
|   |   |   |                                     |                                     | X                                    |  | OTROS EXAMENES   |                                     |  |
| GRUPO SANGUÍNEO   |   |   | FACTOR RH                           |                                     | HB/HTO                               |  | BK(ESPUTO): NEGATIVO : NO SE OBSERVA EL BACILO ACIDO ALCOHOL RESISTENTE (B.A.A.R.) |                                     |  |
| O   | A   | B   | AB                                  | Rh (+)                              | Rh (-)                               | g/dl / %   |  |                                     |  |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>  |  |  |                                     |  |
| EXAMEN DE ORINA   |   |   |                                     |                                     |                                      |  |  |                                     |  |
| CONCLUSIÓN ELETROCARDIAGRAFICA  |   |   |                                     |                                     |                                      |  |  |                                     |  |
| APTO PARA TRABAJAR  |   | MÉDICO: SAN LORENZO CLINICA COLEGIATURA N° 123456   |                                     |                                     |                                      |  |  |                                     |  |
|   |   |   |                                     |                                     |                                      |  |  |                                     |  |
|   |   |   |                                     |                                     |                                      |  |  |                                     |  |
|   |   |   |                                     |                                     |                                      |  |  |                                     |  |
| APTO  | <input type="checkbox"/>  |   |                                     |                                     |                                      |  |  |                                     |  |
| NO APTO   | <input type="checkbox"/>  |   |                                     |                                     |                                      |  |  |                                     |  |
| APTO CON RESTRICCIÓNES  | <input type="checkbox"/>  |   |                                     |                                     |                                      |  |  |                                     |  |
| OBSERVADO   | <input type="checkbox"/>  |   |                                     |                                     |                                      |  |  |                                     |  |
|   |   | Firma del Examinado   |                                     |                                     |                                      |  |  |                                     |  |
| TRAUMA ACÚSTICO AVANZADO BILATERAL ( )  |   | SE RECOMIENDA ACUDIR A MEDICINA INTERNA PARA EVALUACIÓN Y ESTUDIO DE LA ELEVACIÓN DE COLESTEROL QUE SE ENCONTRÓ EN SU SANGRE. |                                     |                                     |                                      |  |  |                                     |  |
| HIPERCOLESTEROLEMIA ( )   |   |   |                                     |                                     |                                      |  |  |                                     |  |
| OBTURACION LEVE DE ANGULO COSTOFRENICO ( )  |   |   |                                     |                                     |                                      |  |  |                                     |  |
|   |   | CONTROL POR NEUMOLOGÍA  |                                     |                                     |                                      |  |  |                                     |  |
|   |   | Huella digital índice derecho   |                                     |                                     |                                      |  |  |                                     |  |