

LUGAR Y FECHA: PUERTO RICO, / /



CENTRO
MEDICO
LABORAL

HISTORIA CLINICA

DIRIGIDA A LA TAREA DESEMPEÑADA Y ORIENTADA A LA INVESTIGACION DE AGENTES DE RIESGO Y SU REPERCUSION CLINICA EN EL EXAMINADO. INCLUYE EL ANEXO I (ART. 13 Y 14 RESOLUCION S.R.T. 43/97)

Datos de la Empresa

Razón Social CUIT
Domicilio Localidad Pcia:

Datos del Trabajador

Apellido y Nombre Edad: Fecha de Nac.
Documento: CUIL: Sexo

Examen Clínico

Estatura	<input type="text"/>	Peso:	<input type="text"/>	Sobrepeso:	<input type="text"/>	IMC:	<input type="text"/>	Medicación Actual:	<input type="text"/>
----------	----------------------	-------	----------------------	------------	----------------------	------	----------------------	--------------------	----------------------

CARDIOVASCULAR

Frecuencia Cardiaca	<input type="text"/>	Tensión Arterial	S <input type="text"/>	D <input type="text"/>	Pulso:	N <input type="text"/>	A <input type="text"/>
---------------------	----------------------	------------------	------------------------	------------------------	--------	------------------------	------------------------

Várices: si-----no-----Tipo:

		SI	NO	Descripciones
PIEL	¿Cicatrices patológicas visibles?			
Vesículas	Úlceras			
	Fisuras			
	Prurito			
Eczemas	Dermatitis			
	Eritemas			
	Petequias			

TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO

OSTEOARTICULAR	SI	NO	DESCRIPCIONES
Limitaciones Funcionales			
Amputaciones			
Movilidad y Reflejos			
Tonicidad y Fuerza Muscular normal			

OBSERVACIONES:

COLUMNA VERTEBRAL	SI	NO	DESCRIPCION
Examen Normal			
Contracturas			

Puntos dolorosos			
Limitaciones Funcionales			
OBSERVACIONES:			

CABEZA Y CUELLO	Normal	Anormal	DESCRIPCION
Cráneo			
Cara			
Nariz			
Oídos			
Boca			
Cuello y tiroides			

OFTALMOLOGICO	Normal	Anormal	DESCRIPCIONES		
Pupilas					
Corneas					
Conjuntivas					
Visión en Colores					
	Normal	Anormal	Sin Corrección	Valores	USA LENTES
Examen de Agudeza Visual			OJO DERECHO		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
			OJO IZQUIERDO		

OBSERVACIONES:					
-----------------------	--	--	--	--	--

NEUROLOGICO	Normal	Anormal	DESCRIPCION
Motilidad Activa			
Motilidad pasiva			
Sensibilidad			
Marcha			
Reflejos Osteotendinosos			
Pares Craneales			
Taxia			
OBSERVACIONES:			

ODONTOLOGICO	Normal	Anormal	DESCRIPCION
Encías y Mucosas			

Esmalte Dental				
	SI	NO	DESCRIPCIÓN:	
Prótesis:			SUPERIOR:	INFERIOR:
Caries			FALTAN PIEZAS DENTARIAS: : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
OBSERVACIONES:				

TORAX Y APARATO RESPIRATORIO	Normal	Anormal	DESCRIPCION
Caja Torácica			
Pulmones:			

ABDOMEN	Normal	Anormal	DESCRIPCION
Forma			
Hígado			
Bazo			
Colon			
Ruidos Hidroaéreos			
Puño percusión			
CICATRICES QUIRURGICAS:			

REGIONES INGUINALES	Normal	Anormal	DESCRIPCION
Tono de la pared posterior			
Orificios Superficiales			
Orificios Profundos			
OBSERVACIONES:			

GENITALES	Normal	Anormal	DESCRIPCION
Características			
OBSERVACIONES:			

REGION ANAL	Normal	Anormal	DESCRIPCION
Característica			
OBSERVACIONES:			