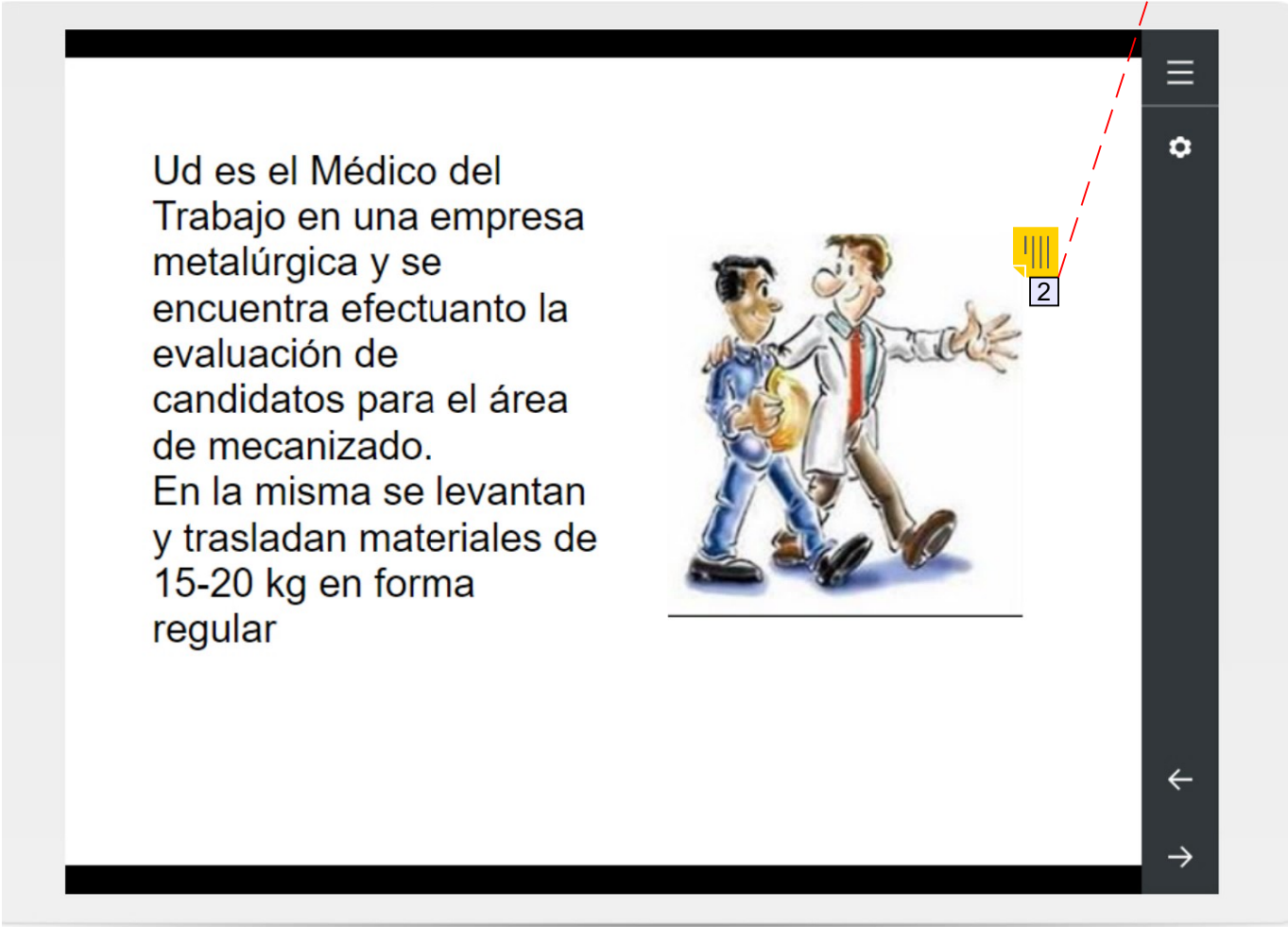




1 | Dabien 09/11/2022 22:51:39  
Este Slide cuenta con un audio explicativo de como deben dividirse los alumnos en grupos pares e impares. La actividad se complementa mediante la división en 4 salas de ZOOM con 20 alumnos cada una

2 | Dabien 09/11/2022 22:52:13  
Se explica mediante un audio incrustado las consignas y se dan detalles del caso a analizar



Notas

1	Dabien	09/11/2022 22:52:51
Se busca incorporar elementos motivadores y lúdicos para facilitar el intercambio entre los alumnos		

**EMPRESA:** La Dolorosa SA

**Tarea Propuesta:** Operario de manufactura industria pesada

Apellido		Nombres		Estado civil	Sexo	Tipo y N° Documento	
Andrés		Trozado			M		
Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento	Educación		Profesión u oficio			
	1/1/1969						
Domicilio	Calle y Número					Localidad	
Detalle 3 últimos lugares de trabajo:		Desde:	Hasta:	Desde:	Hasta:	Desde:	Hasta:
Oficios que en ellos ha realizado :							

<b><u>CUESTIONARIO MÉDICO</u></b>		<b><u>Instrucción :</u></b> Englobe (Si) o (No) según corresponda	
1 - ¿Escucha bien?.....	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	13 - ¿Se le hinchan a menudo los tobillos?.....	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
2 - ¿Le han supurado alguna vez los oídos?.....	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	14 - ¿Le duelen las piernas al caminar?.....	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
3 - ¿Tiene buena visión cercana?.....	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	15 - ¿Le han dicho que sufre del corazón?.....	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
4 - ¿Tiene buena visión lejana?.....	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	16 - ¿Sus encías se inflaman o sangran fácilmente?.....	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
5 - ¿Tiene trastornos del olfato o gusto?.....	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	17 - ¿Se siente hinchado o tiene náuseas?.....	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
6 - ¿Se resfría o se le tapa la nariz?.....	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	18 - ¿Tiene dolores o ardores de estómago?.....	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
7 - ¿Ha tenido enfermedades pulmonares?.....	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	19 - ¿Tiene retorcijones abdominales?.....	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
8 - ¿Ha sufrido tuberculosis?.....	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	20 - ¿Tiene diarrea habitualmente?.....	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
9 - ¿Tiene Asma?.....	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	21 - ¿Sufre de úlceras de estómago o duodeno?....	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
10 - ¿Su presión sanguínea es alta?.....	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	22 - ¿Ha movido el vientre color negro alquitrán?.....	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
11 - ¿Tuvo dolores en el pecho o palpitaciones?..	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	23 - ¿Ha tenido alguna vez parásitos intestinales?.....	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
12 - ¿Le ha faltado alguna vez el aire?.....	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	24 - ¿Sufre o sufrió de hemorroides?.....	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No

# Notas

HISTORIA CLINICA

ANTECEDENTES		P	M	H		P	M	H		P	M	H		P	M	H
	Diabetes	X			Hipertensión	X			Mentales				Reumatismo			
FAMILIARES	Neoplasias				Cardiovascular				Várices				Tuberculosis			

ANTECEDENTES

Alergias o Sensibilidades

Salud Mental

Personalidad

Psiquis

Limitaciones físicas

PERSONALES

Año	Resumen de Enfermedades o anomalías	Año	Intervenciones Quirúrgicas
1995	Fractura de Peroné	2000	LCA Derecho
2000	Traumatismo rodilla D	2004	Menisco rodilla izquierda
2004	Traumatismo rodilla I		
2000	Diabetes - HTA medicadas		

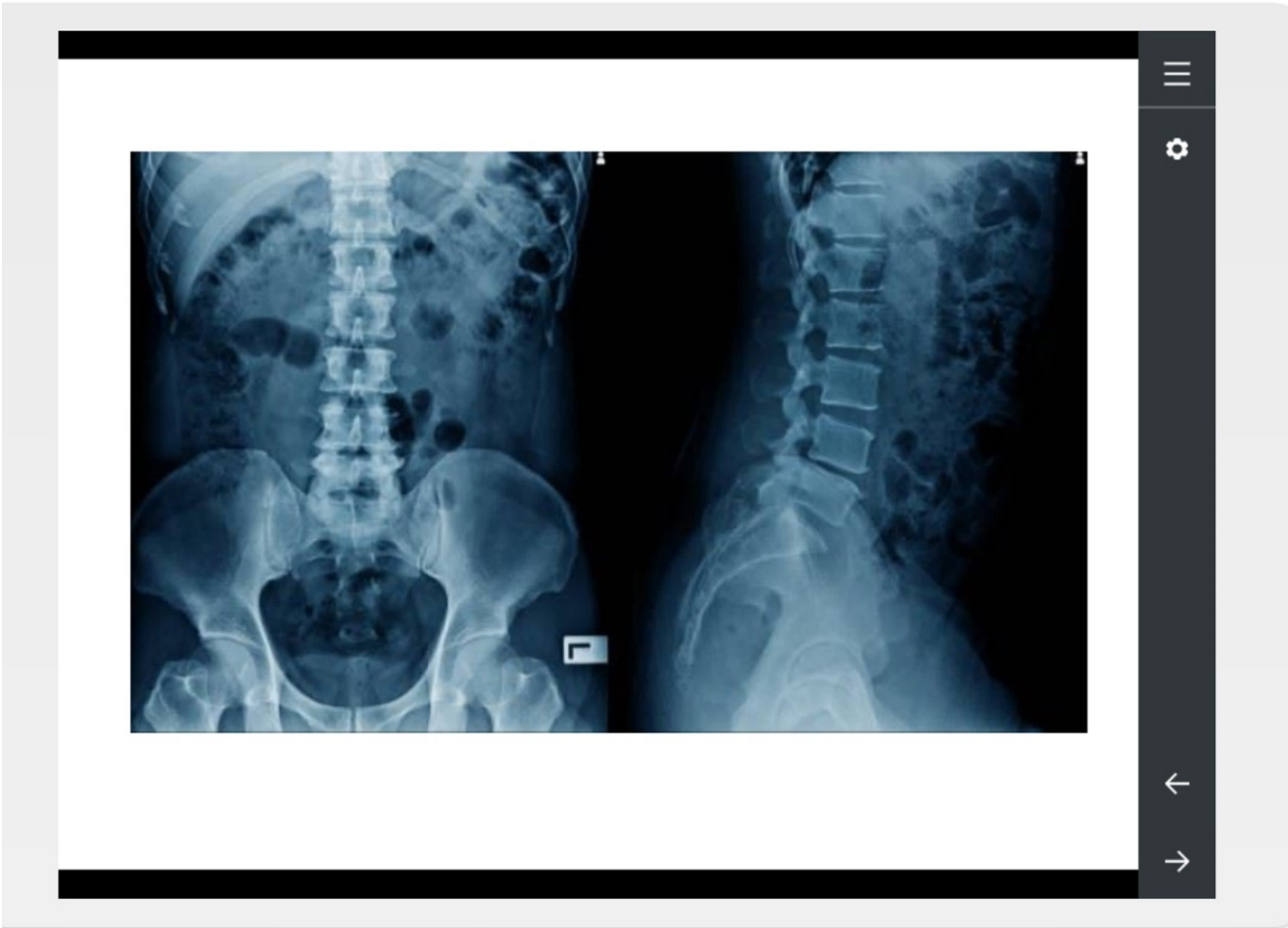
EXAMEN FISICO

1.Talla: 1.79 cm.	2.Peso en Kg.: 85	EPO EPS EGRESO ADAPT.	5. Visión	Sin Corrección		Con Corrección	
3.Pulso:			Ojo D.	Ojo I.	Ojo D.	Ojo I.	
4.Presión Arterial Sistólica: 140			Lejana				
Diastólica: 90			Cercana				
5. Audiometría oído derecho	N	A	NE				
Oído izquierdo							
7. Radiografía de tórax							
8. Radiografía de columna							
13. Aspecto General							
14. Ojos							
15. Nariz							
16. Oídos							
17. Boca y Garganta							
18. Dentadura		X					
19. Cuello y Tiroides							
20. Tórax							
21. Auscultación Pulmonar							
22. Auscultación Cardíaca							
23. Vasos Arteriales y Venosos		X					

Varices grado I

Notas

1   Dabien	09/11/2022 22:54:24
Se incorporan estudios complementarios relacionados al caso para el análisis propuesto	



Notas

EVALUACION MEDICA

☐ NO APTO

☐ APTO con conocimiento de las deficiencias físicas que se detallan abajo

☐ APTO para las funciones a desempeñar

Deficiencias físicas (complete aquí):

Causas de Ineptitud (complete aquí):



1

1	Dabien	09/11/2022 22:55:29
<p>Se propone una actividad de cuestionario semi estructurado en el que se debe elegir una opción y desarrollar los motivos de su elección.</p> <p>Un representante de cada grupo expone al momento del cierre de la actividad</p>		

# Notas