

EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO

DATOS DE LA EMPRESA

Razón Social:		
Domicilio:		Localidad:
Provincia:	CPA:	Teléfono:
Correo electrónico: _____@_____		

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre:		CUIL:
Fecha de nacimiento	Sector de Trabajo:	
Antigüedad en el puesto:	Fecha de Ingreso a la empresa:	
Domicilio:		Localidad:
Provincia:	CPA:	Teléfono:

HISTORIA PERSONAL DEL TRABAJADOR

1. ¿Tuvo accidentes de trabajos anteriores?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Describe:
2. ¿Trabajó con sustancias que le provocaron alteraciones cutáneas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Describe:
3. ¿Tuvo ausentismo por enfermedades relacionadas con el trabajo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Describe:
4. ¿Tiene alguna limitación funcional por accidente de trabajo o enfermedad profesional?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Describe:
5. ¿Padece de problemas respiratorios?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Desde cuándo? Describe:
6. ¿Estuvo asegurado con otra ART?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Describe:
7. ¿Toma alguna medicación?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Describe:
8. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Describe:
9. ¿Fuma?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuántos cigarrillos diarios? Describe:
10. Minusvalías visibles	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Congénitas <input type="checkbox"/> Adquirida <input type="checkbox"/> Describe:
11. Fecha de última menstruación		

EXAMEN FÍSICO

Fecha _____

Peso _____

Altura o talla: _____

PIEL	
Normal	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Anomalías. ¿Cuáles?	

OJOS								
DERECHO				IZQUIERDO				
Normal				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Anomalías. ¿Cuáles?				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Agudeza Visual	VC		VL		VC		VL	
	SC	CC	SC	CC	SC	CC	SC	CC

CAVIDAD ORAL	
Normal	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Faltan piezas?	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Estado de caninos e incisivos superiores e inferiores:	

NARIZ	
Normal	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Anomalías. ¿Cuáles?	

NEUROLÓGICO	
Normal	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Anomalía. ¿Cuál?	

CARDIOVASCULAR		
Normal SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TA	Pulso
Anomalía. ¿Cuáles?		

RESPIRATORIO	
Normal	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Anomalía. ¿Cuál?	

COLUMNA Lumbro / sacra	
Normal	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Anomalía. ¿Cuál?	

ABDOMEN / GENITALES	
Normal	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Anormalidades. ¿Cuáles?	

MIEMBRO SUPERIOR			
Hábil	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> I	
Normal	DERECHO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		IZQUIERDO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Anomalía. ¿Cuál?			

COLUMNA Cérvico / dorsal	
Normal	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Anomalía. ¿Cuál?	


MIEMBRO INFERIOR			
Hábil	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> I	
Normal	DERECHO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		IZQUIERDO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Anomalía. ¿Cuál?			

OBSERVACIONES




José López

Firma notificación del trabajador


Dra. González, Susana
MN: 999999

Firma y sello médico