



VITALIS

CENTRO DE SALUD INTEGRAL

MEDICINA LABORAL

(Ley 19.587 y 7.229) (Dcto. 658/96) (Res. SRT 37/2010)
Salud Ocupacional

EMPRESA				
DATOS PERSONALES			Fecha	/ /
Apellido				
Nombres				
Fecha de Nac.	Lugar Nac.	Nacionalidad		
Estado Civil	D.N.I.	Edad		
Calle		Nº	Localidad	
Teléfono	E-mail	Hijos		
Tareas a realizar / realiza				
Estudios: Primarios <input type="checkbox"/>		Secundarios <input type="checkbox"/>	Terciarios <input type="checkbox"/>	Sector
TIPO EVALUACIÓN		HÁBITOS		
Examen Preocupacional	<input type="checkbox"/>	SI	NO	
Examen Periódicos	<input type="checkbox"/>			Cuántos por día?
Examen de Egreso	<input type="checkbox"/>			Cantidad
Cambio Puesto Laboral	<input type="checkbox"/>			Cuáles?
Post. Enf. Prolongada	<input type="checkbox"/>			Cuántas horas duerme
Aptitud Física Deportiva	<input type="checkbox"/>			de qué tipo?
Otro	<input type="checkbox"/>			Cuál/es? con qué frecuencia?
Cual	<input type="checkbox"/>			De qué tipo? Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/>
ANTECEDENTES FAMILIARES				
Alguno de ellos a padecido:				
Padre	VIVO <input type="checkbox"/> FALLECIDO <input type="checkbox"/>	Enfermedades mentales	<input type="checkbox"/>	SI NO
Madre	<input type="checkbox"/>	Enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>	Problemas de riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanas	<input type="checkbox"/>	Problemas digestivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esposo /a	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijos	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones: _____				
Especificar tipo _____				
DIAGNÓSTICO				
ANTECEDENTES LABORALES				
Tareas realizadas - Duración de las mismas				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				



Usted ha tenido o tiene alguno de los siguientes problemas?

	SI	NO		SI	NO
Dolores de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos o desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerviosismo excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amputaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas en los ojos o en la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas en los oídos o en la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de espalda o cintura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas en la boca / dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores en hombros - codos - muñecas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores en caderas - rodillas - tobillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pies planos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Várices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos prolongada o sangre al escupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer o tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toma actualmente alguna medicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión alta o baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Problemas digestivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Otros Cual? Cual?

Estuvo alguna vez laboralmente en contacto con:

	SI	NO	FECHA APROXIMADA
Ambiente pulverulento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ambiente ruidoso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Productos animales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Productos químicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Radiaciones ionizantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Otros contaminantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Ha sido operado de:

	SI	NO	FECHA APROXIMADA
Apéndice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Amígdala?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hernia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hemorroides?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Várices?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Vesícula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Columna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Testículos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

ANTECEDENTES PERSONALES

	SI	NO	
Internaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Indique por qué, si es sí?
Covid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FHA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

EXAMEN CLÍNICO

Talla	Peso	Saturación	IMC	TA: mínima	máxima



EXAMEN DE PIEL / FANERAS

SI NO
Alteraciones de la piel y faneras
Piercing
Tatuajes
Cicatrices

Observaciones: _____

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

Agudeza visual	Cercana			Lejana		
	S/C	OD	OI	OD	OI	OI
	C/C	OD	OI	OD	OI	OI

SI NO Observaciones: _____

Alteraciones oculares

Discromatopsia

EXAMEN BUCODENTAL

SI NO
Prótesis
Caries
Encías alteradas
Dentadura parcial

EXAMEN ORL

SI NO
Patología de Faringe
Patología de Amígdalas
Alteraciones de la voz
Rinitis

SI NO
Trastornos de la audición
Adenopatías

Observaciones: _____

EXAMEN CABEZA Y CUELLO

SI NO
Movilidad alterada
Latidos carotideos alterados

SI NO
Tumoraciones tiroideas
Adenopatías

Observaciones: _____

EXAMEN CARDIOVASCULAR

Frecuencia cardíaca: por minuto
Tensión arterial: mm/Hg

SI NO
Ritmo cardíaco irregular
Ruidos cardíacos alterados
Extrasístoles

SI NO
Soplos
Pulsos periféricos ausentes
Váricos

Observaciones: _____

EXAMEN TORÁXICO / RESPIRATORIO

Frecuencia respiratoria por minuto

SI NO
Deformaciones torácicas
Rales
Roncus y Sibilancias

SI NO
Murmullo vesicular alterado
Adenopatías
Proceso agudo en curso

Observaciones: _____



EXAMEN DIGESTIVO / ABDOMINAL

	SI	NO		SI	NO
Cicatrices quirúrgicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	esplenomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores abdominales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adenopatías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Hernias / Eventraciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

[Empty space for observations]

EXAMEN GENITOURINARIO

MUJERES

	SI	NO
Alteraciones mamarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones ginecológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FUM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores menstruales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flujos alterados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticonceptivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parto normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abortos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cesárea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HOMBRES

	SI	NO
Alteraciones mamarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones testiculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

Observaciones:

EXAMEN OSTEOARTICULAR

COLUMNA VERTEBRAL

	SI	NO
Movilidad alterada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puntos dolorosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escoliosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cifosis anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lordosis anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXTREMIDADES SUPERIOR

	SI	NO
Dolor articular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitación de movimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tono / Trofismo alterado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amputaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXTREMIDADES INFERIOR

	SI	NO
Movilidad hombro alterado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movilidad codo alterado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movilidad muñeca alterada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movilidad mano alterada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movilidad cadera alterada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movilidad rodilla alterada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movilidad pie alterado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pies planos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

[Empty space for observations]



EVALUACIÓN CLÍNICA NEUROLÓGICA

	SI	NO
Desorientado tiempo y espacio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motilidad alterada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilidad alterada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflejos alterados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apraxia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataxia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

EVALUACIÓN CLÍNICA PSÍQUICA

	SI	NO
Alteraciones de conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerviosismo excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión Psicomotriz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Timidez excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

INMUNIZACIONES

	SI	NO	Dosis	1	2	3	4
Sars-cov-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FHA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Triple adultos (tétanos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

EXAMEN MÉDICO LABORAL

ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN

	SI	NO
Físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Químico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergonómico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

APTO

APTO CON PREEEXISTENCIA QUE NO CONDICIONA SU TAREA LABORAL

APTO CON PREEEXISTENCIA QUE CONDICIONA SU TAREA LABORAL

NO APTO TEMPORAL

Duración

NO APTO DEFINITIVO

DERIVACIONES Y APELLIDO DEL PACIENTE CON ESPECIALISTAS



ESTUDIOS REALIZADOS

RX Torax frente	<input type="checkbox"/>	Psicotécnico	<input type="checkbox"/>	Electroencefalograma	<input type="checkbox"/>
RX Columna Lumbo-Sacra frente/perfil	<input type="checkbox"/>	Espirometría	<input type="checkbox"/>	Laboratorio	<input type="checkbox"/>
RX Columna Cervical frente/perfil	<input type="checkbox"/>	Ergometría	<input type="checkbox"/>	Drogas de abuso	<input type="checkbox"/>
Electrocardiograma	<input type="checkbox"/>	Ev. Oftalmológica	<input type="checkbox"/>	Test del cereal	<input type="checkbox"/>
Audiometría	<input type="checkbox"/>	Psicometría	<input type="checkbox"/>		

Observaciones:

[Large empty box for handwritten observations]

FIRMA DIGITAL Y MATRÍCULA

Médico Evaluador Firma y Matrícula

Fecha / /

Médico Laboral Firma y Matrícula

Fecha / /

CONTACTO

📞 2475 412254 / 2475 471105
✉️ globalmedicinalaboral@gmail.com
lm_66m@hotmail.com