



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		N°	Localidad
Teléfono		E-mail	Hijos
Tareas a realizar / realiza			
Estudios: Primarios <input type="checkbox"/>		Secundarios <input type="checkbox"/>	Terciarios <input type="checkbox"/>
		Sector	

FOTO

TIPO EVALUACIÓN	HÁBITOS
Examen Preocupacional <input type="checkbox"/>	Dieta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Examen Periódicos <input type="checkbox"/>	Fuma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Examen de Egreso <input type="checkbox"/>	Toma bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Cambio Puesto Laboral <input type="checkbox"/>	Usa / ha usado drogas en abuso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Post. Enf. Prolongada <input type="checkbox"/>	Tiene alteración del sueño <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Aptitud Física Deportiva <input type="checkbox"/>	Hace alguna dieta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Otro <input type="checkbox"/>	Realiza actividad física <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Cual <input type="text"/>	
	Cuántos por día? <input type="text"/>
	Cantidad <input type="text"/>
	Cuáles? <input type="text"/>
	Cuántas horas duerme <input type="text"/>
	de qué tipo? <input type="text"/>
	Cuál/es? <input type="text"/> con qué frecuencia? <input type="text"/>
	De qué tipo? Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES FAMILIARES			
Alguno de ellos a padecido:			
VIVO <input type="checkbox"/>	FALLECIDO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Padre <input type="checkbox"/>		Enfermedades mentales <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>
Madre <input type="checkbox"/>		Enfermedades cardiovasculares <input type="checkbox"/>	Reumatismo <input type="checkbox"/>
Hermanos <input type="checkbox"/>		Problemas de riñón <input type="checkbox"/>	Cáncer <input type="checkbox"/>
Hermanas <input type="checkbox"/>		Problemas digestivos <input type="checkbox"/>	Especificar tipo <input type="text"/>
Esposo /a <input type="checkbox"/>		Asma <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hijos <input type="checkbox"/>		Tuberculosis <input type="checkbox"/>	
Observaciones: <input type="text"/>			

ANTECEDENTES LABORALES
Tareas realizadas - Duración de las mismas
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Los datos consignados tienen carácter de Declaración Jurada



Usted ha tenido o tiene alguno de los siguientes problemas?

	SI	NO
Dolores de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos o desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerviosismo excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas en los ojos o en la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas en los oídos o en la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas en la boca / dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos prolongada o sangre al escupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitaciones	<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 ☐ Cual?

	SI	NO
Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amputaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de espalda o cintura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores en hombros - codos - muñecas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores en caderas - rodillas - tobillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pies planos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Várices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer o tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma actualmente alguna medicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Alteraciones de la piel y faneras ☐ SI ☐ NO
Piercing ☐ ☐
Tatuajes ☐ ☐
Cicatrices ☐ ☐

Observaciones

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

Agudeza visual	Cercana				Lejana				Observaciones
	S/C	OD	OI	OD	OI	OD	OI		
								Alteraciones oculares <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
								Discromatopsia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

EXAMEN BUCODENTAL

Prótesis ☐ SI ☐ NO
Caries ☐ ☐
Encías alteradas ☐ ☐
Dentadura parcial ☐ ☐

EXAMEN ORL

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

Trastornos de la audición ☐ SI ☐ NO
Adenopatías ☐ ☐

Observaciones:

EXAMEN CABEZA Y CUELLO

Movilidad alterada ☐ SI ☐ NO
Latidos carotídeos alterados ☐ ☐

Tumorações tiroideas ☐ SI ☐ NO
Adenopatías ☐ ☐

Observaciones:

EXAMEN CARDIOVASCULAR

Frecuencia cardíaca: por minuto
Tensión arterial: mm/Hg

Ritmo cardíaco irregular ☐ SI ☐ NO
Ruidos cardíacos alterados ☐ ☐
Extrasístoles ☐ ☐

Soplos ☐ SI ☐ NO
Pulsos periféricos ausentes ☐ ☐
Várices ☐ ☐

Observaciones:

EXAMEN TORÁXICO / RESPIRATORIO

Frecuencia respiratoria por minuto

Deformaciones torácicas ☐ SI ☐ NO
Rales ☐ ☐
Roncus y Sibilancias ☐ ☐

Murmulo vesicular alterado ☐ SI ☐ NO
Adenopatías ☐ ☐
Proceso agudo en curso ☐ ☐

Observaciones:



EXAMEN DIGESTIVO / ABDOMINAL

	SI	NO
Cicatrices quirúrgicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores abdominales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO
Hepatomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
esplenomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adenopatías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernias / Eventraciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

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"/>

Observaciones:

HOMBRES

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

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"/>

	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"/>

EXTREMIDADES INFERIOR

	SI	NO
Movilidad cadera alterada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movilidad rodilla alterada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movilidad pié alterado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pies planos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:



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
Sars-cov-2	<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"/>

Dosis 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

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 PREEXISTENCIA QUE NO CONDICIONA SU TAREA LABORAL ☐

APTO CON PREEXISTENCIA QUE CONDICIONA SU TAREA LABORAL ☐

NO APTO TEMPORAL ☐

NO APTO DEFINITIVO ☐

Duración

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:

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