

ANEXO Nº 16 FICHA MÉDICA OCUPACIONAL

EXAMEN MÉDICO

Empresa
 Contratista _____

PRE-OCUPACIONAL
 ANUAL
 RETIRO
 REUBICACIÓN

Apellidos y Nombres: _____

Nº de Ficha _____

FECHA DEL EXAMEN: _____

MINERALES EXPLOTADOS O PROCESADOS

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	DOMICILIO HABITUAL	SUPERFICIE <input type="checkbox"/> CONCENTRADORA <input type="checkbox"/> SUBSUELO <input type="checkbox"/>	ALTITUD DE LA LABOR Debajo 2500 m <input type="checkbox"/> 3501 a 4000 m <input type="checkbox"/> 2501 a 3000 m <input type="checkbox"/> 4001 a 4500 m <input type="checkbox"/> 3001 a 3500 m <input type="checkbox"/> más de 4501 m <input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------	--	--

EDAD	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	ESTADO CIVIL Soltero <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>	GRADO DE INSTRUCCIÓN Analfabeto <input type="checkbox"/> Prim comp <input type="checkbox"/> Sec comp <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Prim incom <input type="checkbox"/> Sec incom <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/>
TELÉFONO				

Ruido <input type="checkbox"/>	Cancerígenos <input type="checkbox"/>	Temperaturas <input type="checkbox"/>	Cargas <input type="checkbox"/>	Describir según corresponda:
Polvo <input type="checkbox"/>	Mutagénicos <input type="checkbox"/>	Biológicos <input type="checkbox"/>	Mov. Repet. <input type="checkbox"/>	Puesto al que postula
Vib segmentaria <input type="checkbox"/>	Solventes <input type="checkbox"/>	Posturas <input type="checkbox"/>	PVD <input type="checkbox"/>	Puesto actual
Vib total <input type="checkbox"/>	Metales pesados <input type="checkbox"/>	Turnos <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Reubicación SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
				Escribir

ANTECEDENTES OCUPACIONALES [\(VER ADJUNTO HISTORIA OCUPACIONAL\)](#)

ANTECEDENTES PERSONALES (Enfermedades y accidentes en el trabajo y fuera del mismo)

ANTECEDENTES FAMILIARES	INMUNIZACIONES	NÚMERO DE HIJOS
		VIVOS MUERTOS
HÁBITOS	TALLA: _____ PESO: _____	TEMPERATURA _____ °C
Tabaco <input type="checkbox"/>	Alcohol <input type="checkbox"/>	Drogas <input type="checkbox"/>
Nada <input type="checkbox"/>	Poco <input type="checkbox"/>	Habitual <input type="checkbox"/>
Excesivo <input type="checkbox"/>		
	Función Respiratoria Abs %	
	FVC	
	FEV1	
	IMC	
	FEF 25-75%	
	Conclusión	
		Cintura
		Cadera
		ICC

CABEZA

CUELLO **NARIZ**

BOCA, AMÍGDALAS, FARINGE, LARINGE

Piezas en mal estado: _____

Piezas que faltan: _____

OJOS	Sin corregir	O.D.	O.I.	corregida	O.D.	O.I.	ENFERMEDADES OCULARES
VISIÓN DE CERCA							REFLEJOS PUPILARES
VISIÓN DE LEJOS							
VISIÓN DE COLORES							

OIDOS Audición derecha 500 1000 2000 3000 4000 8000 Audición izquierda 500 1000 2000 3000 4000 8000

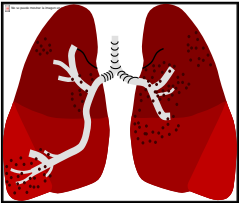
Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000

dB (A)

HZ 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000

dB (A)

OTOSCOPIA	OD	F. Respiratoria	min	Presión arterial sistémica	
	OI	F. Cardíaca	min	Sistólica	mmHG
		Sat. O2	%	Diastólica	mmHG

PULMONES		Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Descripción:			
Miembro Superiores							
Miembro Inferiores							
Reflejos Osteo-tendinosos				Marcha			
Columna Vertebral							
Abdomen				Tacto Rectal			
				No se hizo <input type="checkbox"/>		Anormal <input type="checkbox"/>	
				Normal <input type="checkbox"/>		Describir en Observac. <input type="checkbox"/>	
Anillos Inguinales		Hernias		Várices			
Organos Genitales				Ganglios			
Lenguaje, Atención, Memoria, Orientación, Inteligencia, Afectividad							
		Vértices					
		Campos pulmonares					
Nº Rx Fecha: Calidad: Símbolos:		Hilios		Senos		Mediastinos	
		Conclusiones radiográficas		Silueta cardiovascular			
Reacciones serológicas							
0/0		1/0		1/1 , 1/2		2/1, 2/2 , 2/3	
CERO		1/0		UNO		DOS	
						TRES	
						CUATRO	
						St	
Sin neumococoniosis		Imagen Radiográfica de Exposición a Polvo		Con NEUMOCONIOSIS			
"NORMAL "		"SOSPECHA "					
						Negativo <input type="checkbox"/>	
						Positivo <input type="checkbox"/>	
Otros exámenes:							
Grupo Sanguíneo				Hemoglobina / Hematocrito			
O	A	B	AB	Rh (+)	Rh (-)	gr. %	
Orina							
Apto para Trabajar		Nombre y Apellidos del Médico - Colegiatura Nº					
Si <input type="checkbox"/>							
No <input type="checkbox"/>		Firma y Sello					
Firma del examinado							
Observaciones							
Huella digital índice derecho							
declaro que toda la información es verdadera							

HISTORIA OCUPACIONAL

Apellidos y Nombres: _____ N° Registro: _____ Fecha Nacimiento: _____ Sexo: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Lugar de procedencia _____

Profesión: _____

Fecha de Inicio	Empresas	Altitud	Actividades de la Empresa	Área de Trabajo	Ocupación	Tiempo de Trabajo		Peligros / Agentes Ocupacionales	Uso EPP
						Subsuelo	Superficie		Tipo EPP

Año	Mes	Día
-----	-----	-----

Firma del Trabajador

p. Médico del Trabajo