

Historia Clínica Ocupacional

Información General

Nombre(s):	Fecha de nacimiento:
Apellido(s):	Sexo: Masculino O Femenino O
Dirección:	Raza: Blanco O Negro O Mestizo O
	Teléfono Casa:
Escolaridad: A O B O Bch O T O U O	Teléfono Móvil:
Estado Civil: S O C O UL O V O	Número de Dependientes:

Información Laboral

Área de Trabajo:
Puesto de trabajo:
Jornada de trabajo (horas): 0-4 O 5-9 O 10-14 O 15-19 O 20-24 O
Accidente laboral: Si O No O
Enfermedad Ocupacional: Si O No O

Condiciones del trabajo actual

Como es la presencia en su ambiente laboral de (donde permanece el mayor tiempo de la jornada):

Riesgo	Nunca	Casi Nunca	Frecuente	Casi Siempre	Siempre	Comentario
Ruido Elevado						
Vibraciones Fuertes						
Temperatura Elevada						
Humedad Elevada						
Polvos						
Humos						
Gases						
Olores Desagradables						
Iluminación Insuficiente						
Ventilación Insuficiente						
Sustancias químicas						
Radiación Solar molesta						
Otras radiaciones						

Trabajo Desarrollados con anterioridad

Empresa	Tiempo (desde-hasta)	Puesto de Trabajo	Factores de Riesgo	EPP usados
Antecedentes patológicos de origen laboral:				
Accidente de trabajo			Fecha	Días INC.
P/B Enfermedad Ocupacional o relacionados				

Antecedentes Patológicos Familiares

Enfermedad Paterna: Ninguna <input type="radio"/> Fallecido <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Hipertensión arterial <input type="radio"/> Corazón <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
Enfermedad Materna: Ninguna <input type="radio"/> Fallecido <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Hipertensión arterial <input type="radio"/> Corazón <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
Otros familiares: Ninguna <input type="radio"/> Fallecido <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Hipertensión Arterial <input type="radio"/> Corazón <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
Hijos: Ninguna <input type="radio"/> Fallecido <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Hipertensión arterial <input type="radio"/> Corazón <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>

Hábitos tóxicos

Tabaco: Nunca <input type="radio"/> Ex fumador <input type="radio"/> Esporádico <input type="radio"/> Habitual <input type="radio"/>
Alcohol: Nunca <input type="radio"/> Esporádico <input type="radio"/> Habitual <input type="radio"/> Fines de semana <input type="radio"/>
Café: Nunca <input type="radio"/> Esporádico <input type="radio"/> Habitual <input type="radio"/>
Te: Nunca <input type="radio"/> Esporádico <input type="radio"/> Habitual <input type="radio"/>
Drogas: Nunca <input type="radio"/> Ex consumidor <input type="radio"/> Esporádico <input type="radio"/> Habitual <input type="radio"/> Fines de semana <input type="radio"/>
Deporte: Nunca <input type="radio"/> Esporádico <input type="radio"/> Habitual <input type="radio"/>

Exploración Física

Signos vitales/Datos antropomórficos.

Tensión arterial (mmHg):		
Frecuencia cardiaca(Lat./min):		
Frecuencia respiratoria (Res./min):		
Talla(cm)	Peso(kg)	IMC:
Cintura(cm)	Cadera(cm)	ICC:

Cabeza y Cuello

Coloración de piel y mucosas: Buena <input type="radio"/> Palidez <input type="radio"/> Negruzca <input type="radio"/> Cianótica <input type="radio"/>
Dentadura: Completa <input type="radio"/> Prótesis <input type="radio"/> Sana <input type="radio"/> Caries <input type="radio"/> Sarro <input type="radio"/>
Orofaringe: Normal <input type="radio"/> Afta <input type="radio"/> Absceso <input type="radio"/> Gingivitis <input type="radio"/> Lengua saburral <input type="radio"/> Faringe hiperemica <input type="radio"/>
Cuello: Amígdalas sanas <input type="radio"/> Amígdalas patológicas <input type="radio"/> Tiroides sana <input type="radio"/> Tiroides patológica <input type="radio"/> Adenopatías <input type="radio"/>

Examen de los Ojos.

Inflamación palpebral:	O.D	Si	O	No	O	O.I	Si	O	No	O
Exoftalmos :	O.D	Si	O	No	O	O.I	Si	O	No	O
Lagrimeo:	O.D	Si	O	No	O	O.I	Si	O	No	O
Midriasis:	O.D	Si	O	No	O	O.I	Si	O	No	O
Miosis:	O.D	Si	O	No	O	O.I	Si	O	No	O

Examen de Oídos

Otoscopia	O.D	Si	O	No	O	O.I	Si	O	No	O
Aumento de cerumen	O.D	Si	O	No	O	O.I	Si	O	No	O
Tapón de cera	O.D	Si	O	No	O	O.I	Si	O	No	O
Hiperemia conducto auditivo	O.D	Si	O	No	O	O.I	Si	O	No	O
Secreción sanguinolenta	O.D	Si	O	No	O	O.I	Si	O	No	O
Secreción purulenta	O.D	Si	O	No	O	O.I	Si	O	No	O
Perforación timpánica	O.D	Si	O	No	O	O.I	Si	O	No	O
Hiperemia timpánica	O.D	Si	O	No	O	O.I	Si	O	No	O
Abombamiento timpánico	O.D	Si	O	No	O	O.I	Si	O	No	O
Audífono	O.D	Si	O	No	O	O.I	Si	O	No	O

Examen de Tórax.

Tórax: Normal	O	En Quilla	O	En Tonel	O	Simétrico	O	Asimétrico	O	
Normodinámico	O	Hiperdinámico	O	Tiraje muscular	O	Adenopatías:	Si	O	No	O
Ginecomastia:	Si	O	No	O	Unilateral	O	Bilateral	O		
Corazón: Normal	O	Arritmia	O	Soplo:	Si	O	No	O		
Pulmones: Normal	O	Sibilantes	O	Crepitantes	O	Roncos	O	Disminución murmullo vesicular	O	
Ausencia de Murmullo Vesicular	O									

Examen de Abdomen.

Abdomen: Plano	O	Globoso	O	Doloroso:	Si	O	No	O					
Hígado: Normal	O	Aumentado	O	Doloroso:	Si	O	No	O					
Bazo: Normal	O	Aumentado	O	Doloroso:	Si	O	No	O					
Riñones: Derecho	Doloroso:	Si	O	No	O	Izquierdo	Doloroso:	Si	O	No	O		
Hernias: Si	O	No	O	Inguinal:	Si	O	No	O	Umbilical:	Si	O	No	O
Adenopatías:	Si	O	No	O									

Examen de Columna Vertebral.

Columna: Normal	O	Deforme	O	Cervical	O	Dorsal	O	Lumbar	O	Sacro	O
Motilidad: Normal	O	Limitación leve	O	Limitación Moderada	O	Limitación severa	O				
Dolor: Si	O	No	O	Cervical	O	Dorsal	O	Lumbar	O	Sacro	O
Contractura muscular:	Si	O	No	O	Paravertebral Dorsal	O	Paravertebral Lumbar	O			

Examen de Extremidades Superiores/Inferiores

Extremidades superiores: Normales <input type="radio"/> Anormales <input type="radio"/> Congénita <input type="radio"/> Traumática <input type="radio"/>
Simétrico: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Móviles: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Limitación del movimiento: Hombro derecho <input type="radio"/> Codo derecho <input type="radio"/> Mano derecha <input type="radio"/> Hombro izquierdo <input type="radio"/> Codo izquierdo <input type="radio"/> Mano izquierda <input type="radio"/>
Extremidades Inferiores: Normales <input type="radio"/> Anormales <input type="radio"/> Congénita <input type="radio"/> Traumática <input type="radio"/>
Simétrico: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Móviles: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Limitación del movimiento: Cadera derecha <input type="radio"/> Rodilla derecha <input type="radio"/> Pie derecho <input type="radio"/> Cadera izquierda <input type="radio"/> Rodilla izquierda <input type="radio"/> Pie izquierdo <input type="radio"/>

Recomendaciones Médicas

Abandono de tabaco <input type="radio"/> Perder Peso <input type="radio"/> Realizar ejercicios <input type="radio"/> Control de T.A. <input type="radio"/>
Analíticas Médicas <input type="radio"/> :
Interconsulta con médico especialista <input type="radio"/> :
Otras observaciones <input type="radio"/> :

Nombre y firma médico evaluador

Fecha

Gabinete Coordinación de Políticas Sociales

Departamento de Salud Ocupacional

Reconocimiento Programa Mantente Sano

Información General

Nombre(s):	Fecha de nacimiento:	Edad:
Apellido (s):	Sexo: Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>	
Puesto de trabajo:	Raza: Blanco <input type="radio"/> Negro <input type="radio"/> Mestizo <input type="radio"/>	
ARS:	Teléfonos:	
NSS:	No. Cédula:	

Antecedentes

Personales			
Diabetes <input type="radio"/>	Hipertensión arterial <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	
Cirugías <input type="radio"/>	Alergias <input type="radio"/>	Fracturas <input type="radio"/>	Transfusiones <input type="radio"/>
Medicamentos:			
Café <input type="radio"/>	Cigarrillos <input type="radio"/>	Alcohol <input type="radio"/>	Ejercicio <input type="radio"/>
Familiares			
Diabetes <input type="radio"/>	Hipertensión arterial <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	

Examen Físico

Tensión arterial (mm Hg):	Frecuencia cardiaca (Lat./min):	
Frecuencia respiratoria (Res./min):	Saturación de oxígeno (%):	
Talla(cm)	Peso(kg)	IMC:
Cintura(cm)	Cadera(cm)	ICC:

Análisis complementarios requeridos atendiendo al grupo etéreo

Laboratorio	Hemograma <input type="radio"/> Glicemia <input type="radio"/> Perfil Lipídico <input type="radio"/> Func. Tiroidea <input type="radio"/> Otras <input type="radio"/>
Complementos	Electrocardiograma <input type="radio"/> Radiografía Tórax <input type="radio"/> Mamografía <input type="radio"/> PAP <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
Otros	

Vacunas

DT <input type="radio"/>	Hepatitis A <input type="radio"/>	Hepatitis B <input type="radio"/>	Neumococo Influenza <input type="radio"/>
Observaciones			

Gabinete Coordinación de Políticas Sociales

Departamento de Salud Ocupacional



VICEPRESIDENCIA
DE LA REPÚBLICA VENEZOLANA

Listado de Asistencia

Reunion del comité de seguridad y salud en el trabajo

Fecha: 14 / 03 / 16

Horario: 10:00 a.m.

Facilitador(a): Dra. Queeny Fondeur Mendez

Institución:

GCPS/PROSOLI/CNZFE

Escribir en Letra de Morte

Código FO-RRHH-10

Versión 03

Fecha de Emisión Diciembre 2014

Capacitación: / Taller: / Reunión: / Otros: Especifique:

Núm.:	Nombre y Apellido	Núm. Cédula	Departamento/ Regional	Cargo/Puesto	Núm. Teléfono	Firma
1	Queeny Fondeur	001-11924154-0	Salud Ocupacional	Encargada	809-220 3687	
2	Edgar E. Atoe Lora	001-1632888-1	Gen. Jurídica	Abogado	(829) 990-7508	
3	Indeise Lora Lora	001-1681643-0	Compras	Encargada	809-534-2105 EXT 333	
4	Francois Pamela Ordoz	402-2094001-5	Planificación	Técnica	809-598-7647	
5	RHAYEL CONDADO	012-0063164-4	Salud Ocup	Presidente	809-431-5522	
6	Felicio José Morales	053-0018905-8	Seguridad	Encargado CAZFE	829-715-2084	
7	Deoli Almonte	001-1422893-0	RRHH	Ejecutiva	809-949-9606	
8	Gabriel Timmerberg	402-244094-3	RRHH	Asesor	809-855-7498	
9	Dijgen S. Nofiale	001-0654453-9	Seguros S.	Ases. S. G.	809-601-2225	
10	Rafael Guerrero	823-001167-4	Gen. Adm.	Analista Técnico	809-480-0653	
11	Delga Ramirez	017-0021931-2	Dir. RRHH X DO	Analista de Puestos	829-292-1608	
12	Demunyo Luis Lora	001-1166993-5	DAF-Seg.	Encargado	829-345-0812	
13	Orlando Fernando C	001-1196079-6	Seguridad	Seguridad	809-501-3075	
14						
15						

Observaciones:

NOTA: Colocar N/A cuando no aplique.

Factores de riesgos:

- Edad avanzada.
- Menstruación a temprana edad.
- Hábito de fumar y uso de anticonceptivos orales.
- Antecedentes personales de cáncer de mama.
- Obesidad.

Señales de alerta:

- Masa, Bultos, Bolitas o pelotitas dentro del seno.
- Secreción por el pezón.
- Cambios en la forma, tamaño o color del seno o del pezón.
- Hundimiento, piel dura o arrugada del seno.
- Pezones hundidos.
- Dolor o molestias en el seno.
- Enrojecimiento o descamación de la piel o del pezón.
- Comezón del pezón.

Si presenta cualquiera de estas señales, acude inmediatamente a tu centro de salud más cercano.



Chequearte los senos con regularidad y de forma correcta, puede ayudar en la detección a tiempo del cáncer de mama.

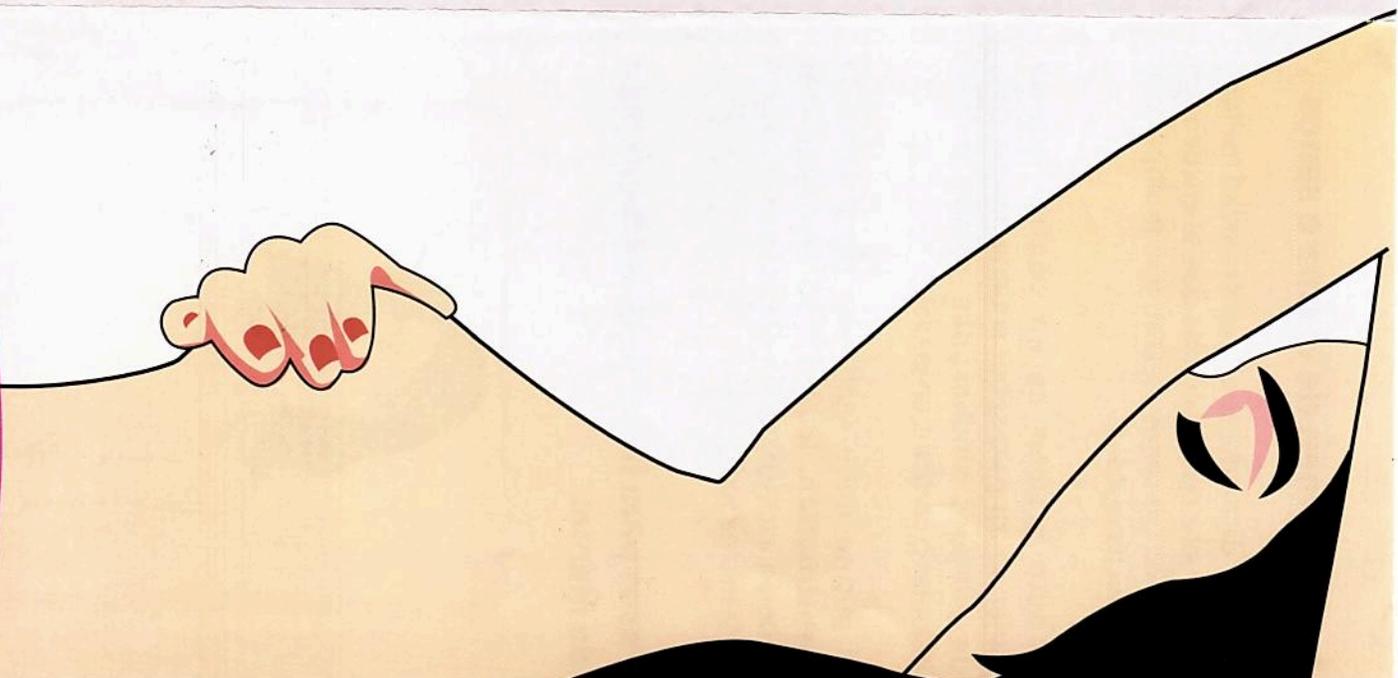


MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

DIGEMIA

**Programa Nacional
de Detección Temprana
de Cáncer Cérvico-Uterino
y Patologías de Mama.**

Para información llamar aquí:



**¡Tú puedes detectar el
cáncer de mama a tiempo!**

