El propósito de este cuestionario es suministrar al médico examinador información del estado de salud con el fin de identificar condiciones de salud y su relación con la determinación de la aptitud laborar en las tareas a realizar. La información que aquí consigne tendrá manejo confidencial y su uso será exclusivamente para la elaboración de la historia clínica de acuerdo con la Resolución 2346 de 2007 del Ministerio de Protección Social.

EPS — Comfenalco

3123761284 FECHA: DIA 26 MES 2 AÑO 20 C.C/T.I: 1002580 # ORDEN 53

NOMBRES Y APELLIDOS: Etna Maribel SEXO: MASCULINO ——— FEMENINO ———

FECHA DEL ULTIMO EXAMEN MEDICO REALIZADO 2010 Suficiente

Marque con una X en la casilla correspondiente. Responda la información de las hojas y firme al final.

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades, estados o síntomas? (Por favor responda todas las preguntas)

	SI	NO	PREGUNTAS SOBRE VACUNACION, ACTIVIDADES FISICAS Y HABITOS TOXICOS
1		/	¿Se ha aplicado alguna vacuna durante los últimos 5 años? Si la respuesta es sí ¿Cuáles? Fiebre amarilla —Tétanos —Influenza — Hepatitis A —Hepatitis B — Fiebre tifoidea — Varicela — Paperas — Tosferina —Virus A1H1 —Cáncer de cuello uterino —Tétano difteria
2	X		¿Practica algún tipo de actividad física? Si la respuesta es sí ¿Cuáles? Caminar Frecuencia: Ocasional 4 Horas/Dias 3 veces por semana >3 veces por semana
3		/	¿Ingiere bebidas alcohólicas hasta la embriaguez una o más veces por semanas?
4		/	¿Ingiere bebidas alcohólicas aun sin llegar a la embriaguez tres o más veces por semana?
5		/	¿Consume alcohol? Si la respuesta es sí. ¿Con que frecuencia? Diario — Semanal —Quincenal —Mensual —Ocasional — Años de consumo —
6		/	¿Fuma? Cigarrillo— Tabaco —Pipa — Si la respuesta es sí. ¿Cuántos al día? 1-5 — 6-10 —11-15 — 16-20 —Más de 20 —Años de consumo —
7		/	¿Consume algún tipo de sustancia psicoactiva como Anfetaminas, Benzodiacepinas, Barbitúricos, Buprenorphine, Cocaína, Éxtasis, Fenciclidina, Marihuana, Metadona, Metanfetaminas, Opiáceos, Oxicodona, Propoxifeno, Tricydic, Antidepressants, etc? Si la respuesta es sí. ¿Cuál? ——— ¿Con que frecuencia? ———

			PREGUNTAS DE ANTECEDENTES FAMILIARES (abuelos, padres, tíos, hermanos)				
8	SI	NO	Algún miembro de su familia vivo o muerto padece enfermedades como derrame o infarto cerebral	20	SI	NO /	Enfermedades degenerativas Oseas (artritis, osteoartritis)
9		/	Alergias	21		/	Síndrome de Down
10		/	Anemia de célula falciforme	22		/	Epilepsia (convulsiones)
11		/	Asma bronquial	23		/	Glaucoma primario de ángulo abierto (aumento de la presión del ojo)
12		/	Bronquitis aguda	24		/	Hipertensión arterial (presión arterial alta)
13		/	Cáncer o tumores	25		/	Infecciones frecuentes
14		/	Colágenosis	26		/	Insomnio (dificultad para conciliar el sueño o interrupción del sueño)
15		/	Dermatitis	27		/	Retino blastoma (enfermedad de los ojos)
16		/	Diabetes (azúcar alta)	28		/	Retinosis pigmentaria (enfermedad de los ojos que genera ceguera)
17		/	Distrofia corneales	29		/	Rinitis alérgica (estornudos frecuentes)
18	X	/	Enfermedad coronaria (infarto, arritmias) Padre	30		/	Tuberculosis (expectoración o catarro con sangre)
19		/	Enfermedad pulmonar. Obstructiva crónica	31		/	Sordera súbita

			ENFERMEDADES, ESTADOS O SINTOMATOLOGIA NEUROLOGICA, PSICOLOGICA O PSIQUIATRICA				
32	SI	NO	Epilepsia (convulsiones)	37	SI	NO	Hormigueo en alguna parte del cuerpo
33		/	Secuelas de polio	38		/	Colapso nervioso (desmayo)
34		/	Accidente cerebro vascular (trombosis, derrame o isquemia cerebral)	39		/	Limitaciones neurológicas o psicológicas luego de algún tratamiento
35		/	Daño cerebral (pérdida de memoria)	40		/	Lesiones en la cabeza
36		/	Dolores de cabeza	41		/	Temor a las alturas o espacios cerrados

			ENFERMEDADES, ESTADOS, O SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCUILAR				
42	SI	NO	Enfermedad del corazón (soplos, infartos, trastornos del ritmo, etc)	45	SI	NO /	Tromboflebitis (inflamación de las venas de las piernas)
43		/	Dolores en el pecho	46		/	Presión arterial elevada
44		/	Venas varices, edemas de tobillo o calambres	47		/	Endurecimiento de las arterias (arterioesclerosis)

			ENFERMEDADES DE LOS OIDOS, OJOS Y PULMONES				
48	SI	NO	Sordera	57	SI	NO	Resfríos (gripas) frecuentes
49		/	Dolor de garganta	58		/	Hemorragia nasal frecuente
50		/	Vértigo (las cosas a su alrededor dan vueltas)	59		/	Asma (dificultad para respirar y silbidos en el pecho)
51		/	Dificultad en la audición	60		/	Bronquitis
52		/	Zumbidos o pitos en los oídos	61		/	Tos persistente
53		/	Perforación del tímpano	62		/	Liquido en el pulmón
54		/	Problemas del oído	63		/	Neumonía (enfermedad infecciosa en el pulmón)
55		/	Problemas en los ojos	64		/	Tuberculosis
56		/	Perdida de la vista en uno o ambos ojos, pérdida parcial de visión sin corregir	65		/	Silicosis (enfermedad de los pulmones por trabajar en minas de arena o carbón)

			ENFERMEDADES, ESTADOS O SINTOMATOLOGIA OSTEAMUSCULARES				
66	SI	NO	Amputación de pie, pierna, brazo o mano	72	SI	NO	Se traba alguna de las rodillas

67	SI	NO	Osteomielitis (enfermedad cancerosa de los huesos)	72	SI	NO	Reumatismo (dolor y deformidad en las articulaciones)
68		/	Ruptura de los discos intervertebrales de la columna, fractura de columna o escoliosis (desviación de la columna), compresión de raíces nerviosas	73		/	Artritis (dolor en las articulaciones o coyunturas de los huesos), o descalcificación de los huesos (osteoporosis)
69		/	Cirugía de la columna o retiro por cirugía de un disco intervertebral	74		/	¿Alguna vez se ha lesionado o ha tenido problemas de la espalda?
70		/	Rigidez y dificultad para mover las articulaciones (anquilosamiento)	75		/	¿Alguna vez ha visitado a un médico o a otro profesional por una lesión o dolor en la espalda?
71		/	Luxación de hombro, codo o rodilla (dislocación) fracturas en brazos y/o manos	76		/	¿Alguna vez ha usado un aparato o soporte ortopédico en la espalda?

DURANTE SU TRABAJO O EN CUALQUIER HORA DEL DIA O LA NOCHE USTED PRESENTA:

77	SI	NO	Dolor de cuello	80	SI	NO	Dolor y/o inflamación en las muñecas y dedos
78		/	Dolor de hombros	81		/	Dolor de espalda
79		/	Dolor de codos	82		/	Dolor de cintura
83		/	Adormecimiento u hormigueo de las manos	85		/	Disminución de la fuerza en manos o brazos
84		/	En el último año ha presentado dolor en el cuello, hombros, codos, muñecas, espada y cintura	86		/	Enfermedades de los músculos, tendones y ligamentos de los miembros superiores (brazos) como desgarro, tendinitis, bursitis, esguinces, torceduras

ENFERMEDADES, ESTADOS O SINTOMATOLOGIA DEL SISTEMA ENDOCRINO (GLANDULAR) Y OTROS SISTEMAS

87	SI	NO	Diabetes (azúcar elevada en la sangre)	94	SI	NO	Cáncer o tumores
88		/	Agrandamiento de tiroides (bocio)	95		/	Hemofilia (enfermedad en la sangre que predispone a hemorragias)
89		/	Exceso de inulina (hiperinsulinismo)	96		/	Trastornos en la piel
90		/	Hepatitis (infecciones del hígado)	97		/	Desmayos o mareos
91		/	Piel amarilla por enfermedades del hígado (ictericia)	98		/	Hernia inguinal, umbical o de cualquier otro índole
92		/	Anemia	99		/	Intoxicación con metales pesados
93		/	Cálculos renales, cólicos o infecciones renales	100		/	Sangrados por recto o vómitos con sangre

	SI	NO	PREGUNTAS DE ANTECEDENTES GENERALES
101		/	¿Alguna vez ha estado hospitalizado o internado en una clínica?
102		/	¿Ha estado hospitalizado o ha recibido tratamiento o evaluación psicológica o psiquiátrica por problemas nerviosos?
103		/	¿Ha estado hospitalizado, ha sido tratado o ha recibido terapia por consumo de alcohol, drogas u otras sustancias?
104		/	¿Le han dicho que tenía que operarse de algo o lo han operado? Si la respuesta es sí ¿de qué?
105		/	¿Le han transferido sangre? Si la respuesta es sí ¿Cuántas veces? ¿Presento alguna reacción? SI NO
106		/	¿Alguna vez a desarrollado una alergia o sensibilidad a sustancias químicas, polvo, (insectos, acetaminofén, carbamazepina, cefalosporinas, condimentos y aditivos, maní, mariscos, metales, penicilinas, polvo casero, polvo de ácaros, etc.)?
107		/	¿Presento fracturas, quemaduras, heridas, esquinces, amputaciones, lesiones en cornea u otro trauma?
108		/	¿Actualmente está tomando un medicamento? Si la respuesta es sí ¿Cuál?
109		/	¿Alguna vez lo han rechazado en un empleo por problemas de salud?
110		/	¿Sufre actualmente de algún deterioro físico o mental que pueda limitar su capacidad de realizar las funciones del cargo para el cual se postula?
111		/	¿Ha tenido una lesión, enfermedad o condición que le haya echo faltar a su trabajo más de tres días consecutivos?
112		/	¿Estuvo incapacitado en el último año debido a lesiones o enfermedades comunes? ¿Cuántos días y cual diagnostico?
113		/	¿Ha sufrido usted algún accidente de trabajo en las empresas en las cuales ha laborado? Si la respuesta es sí ¿Cuál es el diagnostico?
114		/	¿Le han diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el trabajo como enfermedad profesional? Si la respuesta es sí ¿Cuál es el diagnostico?
115		/	¿Cuándo fue la última vez q consulto al médico? ¿Por qué motivo?

Su casa es propia — Familiar —Arrendada —El techo es de —El piso es de —Cuantos baños —Cuantos cuartos —Con qué servicio cuenta: Luz — Agua —Alcantarillado —Gas —Teléfono fijo —Cable —Internet —Tiene mascotas: Sí —No —¿Cuál? —

Edad primera menstruación 15 Fecha ultima menstruación __/__/__ Menstruación regular: — Irregular X Nro. días del sangrado —
Frecuencia del sangrado cada cuantos días: — Fecha ultima citologia: —/—/— Resultado: Normal —Anormal —
#Embarazos 3 #Partos 2 #Abortos 1 #Cesáreas —#Hijos vivos 2 #Hijos muertos —¿Planifica? Si X No — ¿Con que? Externo

Declaro que he leido y entiendo cada una de las preguntas y que las respuestas se ajustan a la verdad y autorizo para que esta información sea remitida a las autoridades competentes de acuerdo a lo establecido en la resolución 2346 de 2007 del ministerio de la protección social y que la misma puede ser confirmada con los organismos de salud que custodian mi historia medica

FIRMA Esperanza Gaviria S.



EMPRESA IRDET Junta

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

1. DATOS DE IDENTIFICACION

TIPO DE EXAMEN	Ingreso X	Periódico	Retiro	Fecha 260220

APELLIDOS	NOMBRES
Gbio Sarmiento	Edna Maribel

DOCUMENTO DE IDENTIDAD	40025800	EDAD	53	GENERO	M		F	X

ESTADO CIVIL	C	S	U.L	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	
	X				

PUESTO DE TRABAJO / CARGO				
ESCOLARIDAD	PRIMARIA ____	BACHILLERATO ____	UNIVERSIDAD X	OTROS

2. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

EMPRESAS	CARGOS DESEMPEÑADOS	TIEMPO (años) EXPOSICION	RIESGOS FCOS (calor, ilum, rad, VDT, ruido, frio, vibr), OCOS, ERG, MEC, BIOLOGICOS, PSICO, SEGURIDAD	E.P.P	
				SI	NO
Cantaso	Instrod	12			

ACC, TRABAJO: SI ____ NO X TIPO LESION (fx. lx. hx) ____ DIAS INCAP ____ SECUELAS ____

ENFERMEDADES PROFESIONALES: En estudio: SI ____ NO X Calificada por ARP: SI ____ NO X DX: ____

3. ANTECEDENTES DE SALUD

FAMILIARES	SI	NO	PERSONALES	SI	NO		SI	NO		SI	NO
DM. epilepsia		1	1. POTOLOGICO		1	4. INMUNE		1	7. ETS		1
CA. Asma		1	2. QUIRURGICOI		1	5. TRAUMATICO		1	8. VACUNAS		1
HTA. Cardiop.		1	3. ALERGICO		1	6. HOSPITALARIO		1	9. OTROS		

10. GINECOBSTETRICO	G	3	P	2	A	1	C		V	2	M	1	CICLOS	Irreg

Fecha ultima menstruación		Método planificación	
Fecha ultima citología		Resultado	Lactancia actual SI ____ NO ____

OBSERVACIONES

HABITOS Y ACTIVIDADES EXTRALABORALES

TIPO	SI	NO	FRECUENCIA	CANTIDAD PROMEDIO	TIEMPO DE HABITO	TIEMPO DE SUSPENSION
CIGARRILLO		1	0			
DEPORTE	X		Diaria	1H		

OTRA ACTIVIDAD: Licor, medicinas, dominancia, agricultura doméstica.	ANTIGUEDAD	FRECUENCIA

4. REVISION POR SISTEMAS

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1. PIEL		/	5. GENITOURINA.		/	9. NEURO(cefalea, vértigo)		/
2. RESP.(disnea. los)		/	6. OSTEOMUSC.		/	10. OJO (picor, rojo, cansado. <A.V,)		/
3. CARDIOVASC.		/	7. COLUMNA		/	11. ORL (hipoacusia, rinitis, otitis)		/
4. GASTROINTEST		/	8. VARICES		/	12. CARDIOVASCULAR (dolor, palp)		/

OBSERVACIONES:

5. EXAMEN FISICO

CONDICION GENERAL	Bueno				
TALLA	163	PESO	61	IMC	22.2
TENSION ARTERIAL	111/68	FRECUENCIA CARDIACA	72	FRECUENCIA RESPIRATORIA	20

	Clínicamente			Clínicamente			Clínicamente	
	Normal	Anormal		Normal	Anormal		Normal	Anormal
1. Cabeza	/		7. Tórax	/		13. Columna	/	
2. Ojos	/		8. Corazón	/		14. MMSS	/	
3. Oídos	/		9. Pulmones	/		15. MMII	/	
4. Nariz	/		10. Mamas	/		16. Neurológico	/	
5. Boca	/		11. Abdomen	/		17. Vascular periférico	/	
6. Cuello			12. Genitales	/		18. Piel y Faneras	/	

19 Agudeza Visual- Tabla de Snellen	Ojo derecho	20/20	Ojo izquierdo 20/20

OBSERVACIONES:

6. TEST FISICOS

MUÑECAS	Phalen (flexión)	+	COLUMNA	Schober	cms
	Thinel (percusión)	+		Wells Dillon	+
EQUILIBRIO	Romberg	+		Lasegue	Contralat +

7. RESULTADOS PARACLINICOS

PARACLINICO	FECHA	RESULTADO Y RECOMENDACION	PARACLINICO	FECHA	RESULTADO Y RECOMENDACION

8. IMPRESION DIAGNOSTICA CLINICA

1.	SDDS
2.	
3.	
4.	

9. CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

- X APTO.
- APTO APLAZADO.
- APTO CON RESTRICCION PARA EL CARGO.

REMISIONES A EPS

10. RECOMENDACIONES

Uso EPP

Dr. Joaquín Vargas Sáenz
MEDICINA DEL TRABAJO
Y MEDICINA LABORAL
R.M. 04203

CONSENTIMIENTO DE INFORMACION DEL TRABAJADOR:

Certifico que la información suministrada es veridica y diligenciada por el médico en la consulta. Acepto los resultados y conceptos del presente examen, los cuales podrán ser utilizados por la empresa conforme a las condiciones definidas en la ley. Reserva de la historia clinica ocupacional (Res. 2346 de 2007)

Nombre del medico y registro	Firma	Firma del trabajador	Documento de identificación 1002880