

# HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL



Empresa <u>GABRIEL MIRANDA ZAHERRANO</u>	DIA	MES	AÑO
Actividad Económica <u>INDEPENDIENTE</u> Ciudad: <u>PASTO</u>	12	03	25

Nombre Completo: GABRIEL ALEJANDRO MIRANDA ZAHERRANO C.C. 1.085.276.200

Dirección Domicilio: MANZANA 16 C12 TEL. DUCUNUCU Tel. 316 334 4049

FECHA DE NACIMIENTO: 04/08/89 EDAD: 35 SEXO: M  F

Nivel de educación: Pri.  Sec.  Téc.  Univ.  Pos.  PSICOLOGO

Estado Civil: Soltero  Casado  Unión Libre  Separado

TIPO DE EXAMEN: 1. Ingreso  2. Periódico  3. Reubicación  4. Retiro  5. Otros

II. Antecedentes Ocupacionales ALCAID. ANTERIORES  PASTO ACTUALES  DOCENTE

RIESGOS	TURNO: DIURNO <input checked="" type="checkbox"/> NOCTURNO <input type="checkbox"/>		ROTATORIO <input type="checkbox"/>		ACTIVIDAD REALIZADA		PARADO <input checked="" type="checkbox"/>		SENTADO <input type="checkbox"/>		DEAMBULANDO <input type="checkbox"/>	
	FÍSICOS	QUÍMICOS	ERGONÓMICOS	PSICOSOCIALES	BIOLÓGICOS	MECÁNICOS						
Ruido	Polvos	Trabajo Estático	Stress	Virus	Mecanismos en Movimiento							
Iluminación	Gases	Esfuerzo Físico	Traumas Laborales	Bacterias	Proyección de Partículas							
Tº. Extremas	Líquidos	Levantamiento de cargas	Repetitividad	Parásitos	Manejo de Herra. Manuales							
Radiaciones	Radiaciones	Posturas Forzadas	No autonomía	Hongos	Manipulación de Materiales							
		<u>CARGO PASTORAL</u>	Tiempo Extra		Equipo y Elementos a Presión							
			Aislamiento		<u>A ACCIDENTES</u>							
			Falta de capacitación									

III. Accidentes de Trabajo (AT) NO ENFERMEDAD PROFESIONAL (EP) NO

AT	EP	FECHA	EMPRESA	CAUSA	TIPO DE LESIÓN O DIAGNÓSTICO	PARTE AFECTADA	DIAS INCAP.	ENFERMEDAD PROFESIONAL INDEMNIZACIÓN

IV. Antecedentes Familiares

Hipertensión <u>PADRE TIOS</u>	Cáncer	T.B.C.
Alergias	Sordera Congénita	Cardiopatías
A.C.V.	Ceguera Congénita	Síndrome Convulsivo
Diabetes	Enfermedades Mentales	Asma
Alcoholismo	Várices	Otros

V. Antecedentes Personales

Patológicos NO

Hospitalarios NO

Quirúrgicos NO

Alérgicos NO

Traumáticos NO

Farmacológicos NO

Tóxicos exposición a: NO

Venéreos NO

Psiquiátricos NO

Transfusionales NO

Vacunas COVID 19 3 DOSIS

Antecedentes Gineco-Obstetricos	Menarquía	Ciclos	G	P	A	V	FUR	Planificación					Fecha última citología		
								Anv	Horm	Bar	Diu	Qx	Resultados	N	A

Hábitos:	Cigarrillo Si: <input checked="" type="checkbox"/> No: <u>OCAS.</u>	Fumaba: Si: No:	No. Día:	Total años:	Hasta cuando:
	Alcohol: Nunca: Ocasional: <input checked="" type="checkbox"/>		Mensual:	Semanal:	Diario:
	Deportes: Nunca: Ocasional:		Mensual:	Semanal: <u>4</u>	Diario:

GIYNASIO

VI. Revisión de Síntomas por Sistemas

<u>ASINTOMÁTICO</u>	Diestro <input checked="" type="checkbox"/>
	Zurdo <input type="checkbox"/>

VII. Exámen Físico

Signos Vitales TA 90/80 FC 60 FR 20 Cintura: \_\_\_\_\_  
 Peso: 60 Kgs Talla 170 mts. IMC. 207 Sobre Peso ( ) Bajo Peso ( ) Obesidad 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_

	Normal		OBSERVACIONES		Normal		OBSERVACIONES
	SI	NO			SI	NO	
Cabeza / Cráneo	/			Corazón	/		
Cara	/			Pulmones	/		
Ojos (A - V)	/	/	<u>↓ AVAO</u>	Abdomen	/		
Oídos	/			Genitales	<u>NO</u>	<u>NO</u>	
Nariz	/			Columna	/		
Boca / Paladar	/			Extremidades	/		
Dentadura	/			Neurológico	/		
Orofaringe	/			Piel / Faneras	<u>TATUAJES BRUCOS</u>		
Cuello	/			Endocrino	/		
Tórax	/			Estado Mental	/		
Senos	/						

ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

	FUERZA	ARTICULAR	FLEXIBILIDAD
MMSS	<u>5</u>	<u>5</u>	
MMII			<u>NORMAL</u>
Columna	<u>5</u>	<u>5</u>	

PHALEN   NEG. FINKELSTEIN   NEG. TINNEL   NEG. LASSEGUE   NEG.  
 Marcha  NORMAL Sensibilidad  ++ Fuerza  NORMAL Rot  ++

EXÁMENES DE LABORATORIO

	N	A	OBSERVACIONES	N	A	OBSERVACIONES	Pruebas de Embarazo			
							Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	RH	
Cuadro Hemático						Glicemia				
P. de Orina						Hepatitis B (Ags)				
BUN						Gravindex				
Creatinina						THS			A	B
VDRL						Lípidos			AB	O
									Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>

EXÁMENES PARACLÍNICOS

	N	A	OBSERVACIONES		N	A	OBSERVACIONES
RX - TORAX				ESPIROMETRIA			
RX - Columna - Dorso Lumbar				OPTOMETRIA			
EKG				Otros			

Diagnóstico (s) CÓDIGO  
1. D / REFRACTIVO  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO  NO APTO  APTO CONDICIONADO   
 Apto con limitaciones que no interfieren con el desempeño laboral.  Requiere nueva valoración   
 Apto respiratorio y dermatológicamente para manipulación de alimentos.  Apto para trabajo en alturas

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA LA LABOR:

CAPACITACIÓN EN MANEJO DE CARGAS  USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA   
 CAPACITACIÓN EN PAUSAS ACTIVAS  USO DE SILLA ERGONÓMICA  CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO   
 USO Estricto DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL  HIGIENE POSTURAL

FIRMA DEL MÉDICO Sello y Reg. No.  MD. MAGISTER S. OCUPACIONAL REGISTRO No. 4854 I.D.S.N.	FIRMA DEL TRABAJADOR C.C. No. <u>1085276200</u> De <u>MASTO</u> 
--	--

Código: 001 - 14076