

HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL

Datos del Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo (SSST)				
Nombre del SSST: _____				
Tipo de SSST	Propio	Mancomunado	Tipo 1	Tipo 2
Datos de la historia				
Fecha ___ / ___ / ___	Número de historia:			
Nombre del médico que apertura la historia :				
Cédula de identidad:	Número de colegio médico:	Matricula MSAS:		
Datos de la empresa				
Nombre de la empresa				
RIF:	Actividad económica			
Dirección:				
Parroquia:	Municipio:	Estado:	Teléfono:	
Datos del trabajador o trabajadora				
Nombres y apellidos:				
Cédula de identidad:	Edad:	Sexo:	F	M
Estado Civil: S C D V Co				
Fecha de Nacimiento:	Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:		
Dirección de habitación:				
Parroquia: _____ Municipio: _____ Estado: _____ Teléfono _____				
Nivel educativo:				
Iltrado	Primaria	Técnica	Secundaria	Universitaria
Mano dominante: Izquierda Derecha				
Fecha de ingreso:	Cargo y puesto de trabajo actual:	Antigüedad en el puesto:	Turno de trabajo:	Frecuencia de rotación:
Cargos anteriores en la misma empresa				
Cargo	Actividad laboral y área donde la desempeñaba	Desde	Hasta	Riesgos o procesos peligrosos expuestos

Trabajos anteriores				
Empresa	Actividad Laboral	Desde	Hasta	Riesgos o procesos peligrosos expuestos
Antecedentes familiares del trabajador o trabajadora				
¿Alguno de sus familiares ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades ?				
Enfermedades Cardiovasculares: HTA, IM, Vasculitis, Insuficiencias	Padre	Madre	Otro familiar	_____
Diabetes	Padre	Madre	Otro familiar	_____
Enfermedades mentales/psicologicas: epilepsia, convulsiones	Padre	Madre	Otro familiar	_____
Cáncer	Padre	Madre	Otro familiar	_____
Nefropatías	Padre	Madre	Otro familiar	_____
Hepatopatias	Padre	Madre	Otro familiar	_____
Tuberculosis	Padre	Madre	Otro familiar	_____
Asma bronquial	Padre	Madre	Otro familiar	_____
Enfermedades alérgicas	Padre	Madre	Otro familiar	_____
Otras: _____	Padre	Madre	Otro familiar	_____
Antecedentes ocupacionales				
¿ Ha estado expuesto a los siguientes riesgos ocupacionales ?.				
Agentes	Tipo	Breve descripción de la exposición		Tiempo de exposición
Físicos	Ruido	Exp. Aguda Exp. Crónica		Meses _____ años _____
	Calor Temperatura °C ____	Exp .Aguda Exp. Crónica		Meses _____ años _____
	Frío Temperatura °C ____	Exp. Aguda Exp. Crónica		Meses _____ años _____
	Vibraciones	Cuerpo entero Segmentaria Exp. Aguda Exp. Crónica		Meses _____ años _____
	Radiaciones ionizantes:	Tipo:		Meses _____ años _____
	Radiaciones no ionizantes	Tipo:		Meses _____ años _____
Químicos	Humos	Tipos: Exp. Aguda Exp. Crónica		Meses _____ años _____

	Polvos y/o fibras Orgánicas o Inorgánicas	Cuáles: Exp. Aguda: Exp. Crónica:	Meses _____ años _____
	Metales pesados y Metaloides	Cuáles: Exp. Aguda Exp. Crónica:	Meses _____ años _____
	Gases y Vapores	Cuáles: Exp. Aguda Exp. Crónica:	Meses _____ años _____
	Solventes	Cuáles: Exp. Aguda Exp Crónica:	Meses _____ años _____
Disergonómico	Posiciones Sedestación prolongada	Características Silla:	Horas / día _____ Meses _____ años _____
	Bipedestación prolongada		Horas / día _____ Meses _____ años _____
	De rodillas		Horas / día _____ Meses _____ años _____
	En cuclillas		Horas / día _____ Meses _____ años _____
	Manipulación manual de carga Levantamiento Peso: _____ Kg	Tipo de objeto: Frecuencias de levantamiento	Horas / día _____ Meses _____ años _____
	Traslado manual	Tipo de objeto: Peso: _____ Kg Distancia aprox: _____ mts Frecuencia:	Horas / día _____ Meses _____ años _____
	Halar o empujar Peso: _____ Kg	Tipo de objeto: Peso: _____ Kg Distancia aprox: _____ mts Frecuencia:	Horas / día _____ Meses _____ años _____
	Movimientos repetitivos	Parte del cuerpo: Frecuencia:	Horas / día _____ Meses _____ años _____
Biológicos	Orgánicos	Exp. a animales/insectos: Si No	Horas / día _____ Meses _____
	Inorgánicos	Contacto con desechos: Si No	años _____
Mecánicos	trabajo en altura equipos sin guarda otros		Horas / día _____ Meses _____ años _____

Otros			
¿Ha sufrido accidentes de trabajo ? Si No	¿Qué parte del cuerpo se lesionó?	Fecha del accidente	Dejó alguna secuelas el accidente?
Ha padecido o padece de enfermedad ocupacional	Si No		
¿ Fue certificada por el INPSASEL ?	Si No		
¿Cambia de trabajo con frecuencia ?	Si No		
Examen Funcional			
• <u>Antecedentes Patológicos:</u>			
Piel:	Alergias Erupciones	Otros:	
Ojos:	Vicios de refracción	Trastornos de la retina	Cataratas
Cabeza y cuello:	Cervicalgias	Traumatismos cráneo encefálicos	Tumores
Aparato respiratorio:	Neumonía Enfisema	Bronquitis crónica	Indique: _____
	Neumoconiosis		
	Asma bronquial	Tuberculosis	Cáncer
Aparato digestivo:	Trastornos biliares	Úlceras péptica	Síndrome del colon irritable
Sistema cardiovascular:	Tensión arterial alta		
¿ Ha sufrido infartos ?	Si No	Cuantos: _____	Quando: _____
Riñón:	Infecciones urinarias	Litiasis renal	Pielonefritis
Columna vertebral:	Hernias	Traumatismos	Malformaciones
Neurológicos:	Epilepsia	Convulsiones	
Infecto contagiosas:	Fiebre reumática	Mal de chagas	Eruptivas de la infancia
Ingesta de medicamentos y drogas:			
Cirugías anteriores: No Si Indique:			
Otras:			
Antecedentes del aparato reproductor:			
• <u>Hábitos</u>			
¿Usted fuma actualmente ?	Si No	¿ Por cuanto tiempo fumo ?	¿Qué fuma o fumaba?
_____ meses	_____ años	_____ meses	_____ años
			¿Cuantos al día ?
Consumo alcohol ?	Si No	¿Con que frecuencia ?	Diario Semanalmente Ocasionalmente
¿ Tiene problemas para dormir ? Si No Observación: _____			

¿ Practica algún deporte ? Si No		¿Cual deporte o actividad practica?		Frecuencia de práctica: Diario: Semanal:		
Tipo de vivienda que habita: Casa Quinta Apartamento Habitación Rancho Compartida Otra : _____ Su vivienda es : Propia Alquilada Otro						
Medio de transporte que utiliza para ir al trabajo: Propio Público Otro:						
• Anamnesis Psicologico: Evaluar aspectos en el trabajo sobre:						
Sobrecarga mental		Subcarga mental		Atención/ concentración sostenida Si _____ NO _____		
Trabajo rotativo Si _____ NO _____		Relaciones interpersonales/familiar		Relaciones interpersonales /laborales Autonomía en el trabajo: Si _____ No _____		
Ritmo en el Trabajo: Fijo o preestablecido: _____ Autónomo: _____		Trabajo Monótono: Si _____ NO _____		Estilos de mando supervisorio: Flexible: _____ Rígido: _____ Reconocimiento/ valoración: Si _____ NO _____ Observaciones:		
Actividades realizadas en el tiempo libre:						
Otros situaciones específicas: duelo, embarazos, divorcios, etc..						
Examen físico						
Datos antropométricos			Signos Vitales			Agudeza visual
Talla	peso	IMC	F. resp	pulso	temp	T.art
Usa lentes: vicio de refracción:						
Estado de conciencia						
Piel						
Cabeza y cuello						
Ojos						

ORL
Extremidades Superiores
Linfaticos
Torax y mamas
Pulmonar
Cardiovascular
Abdomen
Columna vertebral
Zona inguino-genital
Extremidades inferiores
Neurológico: Sensibilidad Reflejos:
Resultados de la evaluación por goniometría para las articulaciones comprometidas en las actividades de trabajo que realizará (ver anexo único)
Diagnóstico Presuntivo
Resultados de laboratorio
Resultados de exámenes de ingreso practicados

Resultados de exámenes de salud pre-vacacionales practicados.

Resultados de los exámenes de salud post-vacacional practicados.

Resultados de salud de egreso

Exámenes Especiales

Conclusiones : Diagnóstico Final

Plan de Trabajo