

ANEXO Nº 7-C
FICHA MÉDICA OCUPACIONAL

EXAMEN MÉDICO

Empresa ☐
Contratista ☐

PRE-OCUPACIONAL ☐
ANUAL ☐
RETIRO ☐
REUBICACIÓN ☐

Apellidos y Nombres: N° 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	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	ESTADO CIVIL		GRADO DE INSTRUCCIÓN		
	M <input type="checkbox"/>		Soltero <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>		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"/>		
AÑOS	F <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"/>	Tornos <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/> Escribir	Reubicación SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

ANTECEDENTES OCUPACIONALES (VER ADJUNTO HISTORIA OCUPACIONAL)

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

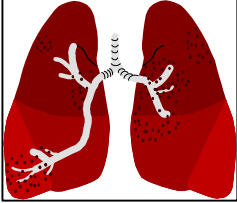
ANTECEDENTES FAMILIARES				INMUNIZACIONES				NÚMERO DE HIJOS	
								VIVOS	MUERTOS
HÁBITOS	Tabaco	Alcohol	Drogas	TALLA:	PESO:	FUNCIÓN RESPIRATORIA	Abs	%	TEMPERATURA
Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			FVC			°C
Poco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>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

CABEZA									
CUELLO					NARIZ				
BOCA, AMÍGDALAS, FARINGE, LARINGE									
Piezas en mal estado:									
Piezas que faltan:									
OJOS	Sin corregir		corregida		ENFERMEDADES OCULARES				
	O.D	O.I	O.D	O.I					
VISIÓN DE CERCA									
VISIÓN DE LEJOS									
VISIÓN DE COLORES					REFLEJOS PUPILARES				

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											
Órganos Genitales				Ganglios											
Lenguaje, Atención, Memoria, Orientación, Inteligencia, Afectividad															
 Nº Rx Fecha: Calidad: Símbolos:				Vértices											
				Campos pulmonares											
				Hilios											
				Senos		Mediastinos									
				Conclusiones radiográficas		Silueta cardiovascular									
				Reacciones serológicas											
0/0		1/0		1/1 , 1/2		2/1, 2/2 , 2/3		3/2 , 3/3 , 3/+		A, B, C		St		a Lunes	
CERO		1/0		UNO		DOS				TRES		CUATRO			
Sin neumoconiosis		Imagen Radiográfica de Exposición a Polvo		Con NEUMOCONIOSIS								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						Firma del examinado							
Si <input type="checkbox"/>															
No <input type="checkbox"/>		Firma y Sello													
Observaciones								Huella digital índice derecho declaro que toda la información es verdadera							