SPS
Servicio de Previsión Social
Instituto de Seguridad Social
Provincia de La Pampa

Formulario Nº 8

Afiliado Nº

CUIL Nº

DATOS PERSONALES – FICHA MEDICA

1- DATOS PARA SER COMPLETADOS POR EL EMPLEADOR

1.1 Ente Empleador

1.1.1- NOMBRE O RAZON SOCIAL .....

.....

1.1.2- DOMICILIO .....

1.1.3- LOCALIDAD _____

1.1.4- PROVINCIA _____

1.2- Datos del Examinado

1.2.1- NOMBRE Y APELLIDO _____

.....

1.2.2- DOMICILIO-CALLE _____ Nº .....

TEL ..... CEL .....

1.2.3- FECHA DE NACIMIENTO _____

1.2.4- LUGAR DE NACIMIENTO _____

1.2.5- ESTADO CIVIL .....

1.2.6-DOC. IDENTIDAD | LE | LC | DNI | *(x)* Nº .....

1.2.7- NIVEL DE ESTUDIOS .....

SERVICIO MILITAR | SI | NO | *(x)*

(x) Tachar lo que no corresponda

1.2.8- TAREAS ESPECIFICAS A DESEMPEÑAR .....

.....

.....

1.2.9- TIPO DE CARGA

	Sí	No		Sí	No
Física			Dinámica		
Estática					
Dinámica			Mental		

.....
Firma del Empleador

DECLARACION JURADA

Foto Carnet 4 x 4

2- ANTECEDENTES LABORALES

TRABAJO ANTERIOR
(Realizado hasta la actualidad):

2.1-EMPRESA _____

2.2-DOMICILIO .....

2.3-LOCALIDAD _____

2.4-PROVINCIA _____

2.5-CARGO OCUPADO .....

.....

2.6-RIESGO DEL TRABAJO .....

OTROS TRABAJOS REALIZADOS _____

.....

RIESGO .....

	Sí	No		Si	No
Trabajo con carga Física			Psíquica		
Trabajo en Frigorífico			Brucelosis		

3- ANTECEDENTES PERSONALES

¿Tiene o ha tenido en forma frecuente alguna de las alteraciones que se mencionan a continuación? (marcar con una (x) cruz).

	Si	No
3.1- Reacciones alérgicas		
3.2- Enfermedades de la piel		
3.3- Enfermedades de la visión		
3.4- Usa anteojos aéreos		
3.5- Usa lentes de contacto		
3.6- Enfermedades de la audición		
3.7- Supuración de los oídos		
3.8- Disminución de la audición		
3.9- Anginas		
3.10- Bronquitis		
3.11- Sinusitis		
3.12- Asma		
3.13- Tose periódicamente		
3.14- Presión baja		
3.15- Presión alta		
3.16- Palpitaciones		
3.17- Dolor de pecho		
3.18- Enfermedades del hígado		
3.19- Dificultad para tragar		
3.20- Acidez		
3.21- Diarrea		
3.22- Constipación		
3.23- Dificultad para orinar		
3.24- Enfermedades genitales		
3.25- Dolor de cabeza		
3.26- Mareos – Vértigos		
3.27- Desmayos		
3.28- Convulsiones		
3.29- Accidentes		
3.30- Tristeza		
3.31- Problemas para dormir		
3.32- Nerviosismo		
3.33- Traumatismos de cráneo		
3.34- Dolores en las articulaciones		
3.35- Dolores en los huesos		
3.36- Lumbago		
3.37- Fracturas		
3.38- Pie plano		
3.39- Enfermedades infecciosas		
3.40- Dolor de piernas		
3.41- Aumento de colesterol		
3.42- Aumento o disminución de peso en el último año		
3.43- Fuma/ó		
3.43.1- Mas de 5 por día		
3.43.2- Mas de 10 por día		
3.43.3- Mas de 20 por día		
3.44- Toma/ó bebidas alcohólicas		

3.44.1- Especifique cantidad diaria _____

3.45- Toma/ó medicamentos		

3.45.1- ¿Cuáles? .....

.....

SPS
Servicio de Previsión Social
Instituto de Seguridad Social
Provincia de La Pampa

Formulario Nº 8

Afiliado Nº

CUIL Nº

3.46- ¿Ha tenido otras afecciones? (nombrarlas) .....

¿Tiene o ha tenido alguna de las alteraciones que se mencionan a continuación? (marcar con una (x) cruz).

	Sí	No
3.47- Tuberculosis		
3.48- Diabetes		
3.49- Hepatitis		
3.50- Gota		
3.51- Enfermedades del corazón		
3.52- Bocio		
3.53- Cálculos		
3.54- Hernia		
3.55- Hemorroides		
3.56- Epilepsia		
3.57- Disritmia		
3.58- Várices		
3.59- Cáncer		
3.60- Tumor		
3.61- Quiste		

3.62- Otras _____

OPERACIONES

3.63- Amígdalas		
3.64- Oído		
3.65- Mama		
3.66- Úlcera		
3.67- Vesícula		
3.68- Útero		
3.69- Apéndice		
3.70- Hernia		
3.71- Hernia de disco		
3.72- Várices		
3.73- Amputaciones		
3.74- Otras		
3.75- Quedó con alguna secuela de la/s operaciones		

Desea agregar algo o aclarar alguno de los ítems .....

.....

.....

Yo _____ *, con documento de identidad tipo* _____ *nº* _____ *que firmo al pie, declaro bajo juramento haber leído y contestado a las preguntas arriba formuladas, a mi mejor saber y entender y que no he ocultado ningún dato que sería necesario que se conociese.*
Autorizo a todos los médicos que me han examinado y que me examinarán, a dar todos los informes que el I.S.S. me solicite; especialmente los relacionados con las enfermedades que me han comprobado.

Lugar y Fecha .....

.....
Firma del Examinado

4- EXAMEN MEDICO

4.1- Aspecto General
Estatura (cm.) _____ Peso (kg.) .....

4.2- Piel y Faneras .....

4.3- Cuello .....

4.4- Aparato Respiratorio

4.4.1- Percusión .....

4.4.2- Expansión de Bases .....

4.4.3- Auscultación .....

4.5- Aparato Cardiovascular

4.5.1- Frecuencia Cardíaca _____ Ritmo .....

4.5.2- T.A. Sistólica _____ Diastólica .....

4.5.3- Choque de Punta _____

4.5.4- Ruidos Cardíacos Normales .....

Tercer Ruido _____ Soplos .....

Tipos _____

4.5.5- Pulsos Periféricos

Pedíos _____ Poplíteos _____

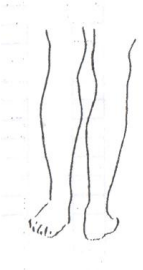
Carotídeos _____

Edemas Maleolares .....

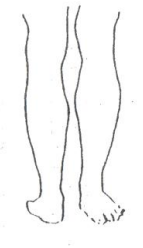
Várices _____ Tiene Síntomas _____

Describir los síntomas, características de los mismos, secuelas, etc. Y marcar el trayecto.

M.I. Derecho _____



M.I. Izquierdo .....



4.6- Abdomen

4.6.1- Aspecto General _____

4.6.2- Hernias .....

4.6.3- Eventración .....

4.6.4- Circulación Colateral .....

4.6.5- Hígado

4.6.6- Bazo

4.6.7- Puño Percusión renal

4.7- Aparato Locomotor

4.7.1- Columna Inspección

4.7.2- Palpitación

4.7.3- Miembros Sup.

4.7.4- Miembros Inf.

4.7.5- Alteraciones Congénitas

	Si	No
Escoliosis		
Cifosis		
Lordosis		
Displasias		
Luxación congénita de cadera		

4.7.6- Otra Patología

4.8- Sistema Nervioso

4.8.1- Motricidad, fuerza

4.8.2- Sensibilidad

4.8.3- Tropismo muscular

4.8.4- Reflejos

4.8.5- Marcha

4.8.6- Equilibrio

4.8.7- Pares craneales

Firma y Sello del Profesional

4.9- Aparato Genito-Urinario

4.9.1- Menarca Edad

4.9.2- Ritmo Menstrual

4.9.3- Embarazos

4.9.4- Partos Cesáreas

4.9.5- Hijos

4.9.6- Varicocele

4.9.7- Mamas

4.9.8- Prolapso

4.9.9- Incontinencia Urinaria

4.9.10- Examen Ginecológico

Firma y Sello del Profesional

4.10- Visión

4.10.1- Agudeza Visual

O.D.:s/c c/c

O.I.:s/c c/c

4.10.2- Colores

4.10.3- Examen oftalmológico *(realizado por especialista)*

Firma y Sello del Profesional

4.11- **Examen otorrinolaringológico** *(realizado por especialista)*

4.11.1- Fosas Nasales, Boca y Fauces

4.11.2- Oídos

Agudeza Auditiva

O.D. O.I.

Audiometría

Firma y Sello del Profesional

5 – EXAMENES COMPLEMENTARIOS

5.1- Radiología

5.1.1- Rx de Tórax (frente)

5.1.2- Rx de Col. Lumbosacra *(frente y perfil en posición de pie)*

5.1.3- Rx C. Cervical *(según puesto de trabajo)*

5.1.4- Otros

5.2- E.C.G.

5.2.1- Examen del Cardiólogo *(si es necesario)*

5.3- **E.E.G.** *(en condiciones especiales según puesto de trabajo)*

5.4- Examen Psiquiátrico *(si es necesario, de acuerdo al puesto de trabajo adjuntar en sobre cerrado)*

5.5- Psicodiagnóstico *(adjuntar en sobre cerrado)*

SPS
Servicio de Previsión Social
Instituto de Seguridad Social
Provincia de La Pampa

Formulario Nº 8

Afiliado Nº

CUIL Nº

5.6- Laboratorio

5.6.1- Hemograma Completo .....

5.6.2- Glucemia _____

5.6.3- Colesterol _____

5.6.4- H.D.L. .....

5.6.5- Uremia .....

5.6.6- Eritrosedimentación .....

5.6.7- Grupo Sanguíneo _____ factor .....

5.6.8- Serología para Chagas .....

5.6.9- V.D.R.L. _____

5.6.10- Vacuna Antitetánica:

1ra Dosis ..... 2da Dosis .....

5.6.11- P.P.D. .....

5.6.12- Orina Completa .....

5.6.13- Papanicolau .....

5.6.14- Huddlesson

6- OBSERVACIONES

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE HE CONSTATADO PERSONALMENTE TODAS Y CADA UNA DE LAS CIRCUNSTANCIAS CONSIGNADAS PRECEDENTEMENTE, A PARTIR DEL PUNTO 4, RESPONSABILIZANDOME POR SU EXACTITUD ASI COMO POR CUALQUIER OMISION EN LA DESCRIPCION DE LOS MISMOS.

Lugar y Fecha _____

Firma y Sello del Médico Examinador

7- PARA SER LLENADO POR EL MEDICO A CARGO DEL SERVICIO DE SALUD LABORAL

7.1- ¿Al examen le detectó alguna alteración? _____

7.1.1- Es Congénita _____ Adquirida ____

7.1.2- Describa las características _____

7.1.3- Le disminuye la aptitud para el trabajo _____

7.1.4- La limitación es para tareas

Livianas	Medianas	Pesadas

(x) Tachar lo que no corresponda

7.2- Porcentaje de Incapacidad _____

7.3- Recomendaciones Médicas .....

Lugar y Fecha _____

Firma Médico Salud Laboral

Firma del Examinado

INTERVENCION DEL I.S.S.

De acuerdo a la documentación presentada y la presente ficha médica, el afiliado registra una incapacidad de:

OBSERVACIONES

Lugar y Fecha _____

Firma y Sello del Asesor Médico del I.S.S.