

“El Río Atuel también es Pampeano”

FICHA MÉDICA

1- DATOS PARA SER COMPLETADOS POR EL EMPLEADOR

1.1 DATOS DEL EXAMINADO

1.1.1- APELLIDO Y NOMBRES

1.1.2- CUIL: AFILIADO:

1.1.3- DOMICILIO - calle n°

TEL. CEL.

1.1.4- FECHA DE NACIMIENTO / /

1.1.5- LUGAR DE NACIMIENTO

1.1.6- ESTADO CIVIL

1.1.7- LOCALIDAD

1.1.8- PROVINCIA

1.1.9- NIVEL DE ESTUDIOS

1.1.10- TAREAS ESPECÍFICAS A DESEMPEÑAR

1.2- ENTE EMPLEADOR

1.2.1- NOMBRE EMPLEADOR

1.2.2- DOMICILIO-calle n°

1.2.3- LOCALIDAD

1.2.4- PROVINCIA

Firma y Sello del Empleador

DECLARACIÓN JURADA



**2- ANTECEDENTES
LABORALES**
TRABAJO ANTERIOR
(Realizado hasta la actualidad):

2.1-EMPRESA

2.2-CARGO OCUPADO

2.3-RIESGO DEL TRABAJO

OTROS TRABAJOS REALIZADOS

RIESGO

	Sí	No
Trabajo con carga Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo en Frigorífico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psíquica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brucelosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3- ANTECEDENTES PERSONALES

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

3.1- Reacciones alérgicas

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2- Enfermedades de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3- Enfermedades de la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4- Usa anteojos aéreos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5- Usa lentes de contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6- Enfermedades de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7- Supuración de los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8- Disminución de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9- Anginas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10- Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11- Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.12- Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.13- Tose periódicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.14- Presión baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.15- Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.16- Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.17- Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.18- Enfermedades del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.19- Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.20- Acidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.21- Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.22- Constipación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.23- Dificultad para orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.24- Enfermedades genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.25- Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.26- Mareos – Vértigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.27- Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.28- Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.29- Accidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.30- Tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.31- Problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.32- Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.33- Traumatismos de cráneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.34- Dolores en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.35- Dolores en los huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.36- Lumbago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.37- Fracturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.38- Pie plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.39- Enfermedades infecciosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.40- Dolor de piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.41- Aumento de colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.42- Aumento o disminución de peso en el último año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.43- Fuma/ó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.43.1- Más de 5 por día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.43.2- Más de 10 por día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.43.3- Más de 20 por día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.44- Toma/ó bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.44.1- Especifique cantidad diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.45- Toma/ó medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.45.1- ¿Cuáles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.46- ¿Ha tenido otras afecciones? (nombrarlas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿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 DNI n°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- EXÁMEN MÉDICO

4.1- Aspecto General

Edad _____ 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

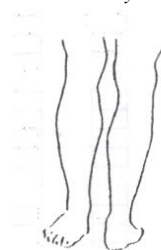
Pedíos _____ Poplíteos _____

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 _____

“El Río Atuel también es Pampeano”

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

“En caso de cursar embarazo, al momento de la confección de la Ficha Médica, adjuntar constancia/certificado de la fecha probable de parto.”

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 *“En caso de cursar embarazo, al momento de la confección de la Ficha Médica, se recuerda que deberá enviar RX e informe, en un plazo de 30 días de ocurrido el nacimiento.”*

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)

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:
Ira Dosis 2da Dosis
- 5.6.11- P.P.D.
- 5.6.12- Orina Completa
- 5.6.13- Huddleson

6- OBSERVACIONES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Lugar y Fecha /

Firma y Sello del Médico Examinador

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

"En caso de estar cursando embarazo, durante la confección de la Ficha Médica, se recuerda que deberá enviar RX e informe, en un plazo de 30 días de ocurrido el nacimiento."

- 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 y Sello, Médico Salud Laboral

Firma del examinado

INTERVENCIÓN 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.