



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 N°

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) N°

1.2.7- NIVEL DE ESTUDIOS

SERVICIO MILITAR SI NO (x) (Tachar lo que no corresponda)

1.2.8- TAREAS ESPECIFICAS A DESEMPEÑAR

1.2.9- TIPO DE CARGA	Sí	No		Sí	No
Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dinámica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Dinámica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
Firma del Empleador

DECLARACION JURADA

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

Foto Carnet
4 x 4

2.6-RIESGO DEL TRABAJO

OTROS TRABAJOS REALIZADOS

RIESGO

TRABAJÓ CON CARGA Física **Sí** **No** Psíquica **Sí** **No**

TRABAJÓ EN FRIGORÍFICO **Sí** **No** BRUCELOSIS **Sí** **No**

3- ANTECEDENTES PERSONALES

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

	Si	No
3.1- Reacciones alérgicas	<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)

¿Tiene o ha tenido alguna de las alteraciones que se mencionan a continuación? (marcar con una 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 _____ 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- EXAMEN MÉDICO

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

Escoliosis

Cifosis

Lordosis

Displasias

Luxación congénita de cadera

Si

No

4.7.6- Otra Patología

4.8- Sistema Nervioso

4.8.1- Motricidad, fuerza

4.8.2- Sensibilidad

4.8.3- Trofismo 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 - EXÁMENES 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 (si es necesario, 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:
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,
RESPONSABILIZÁNDOME 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 MÉDICO 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:

<i>(x) Tachar lo que no corresponda</i>		
<i>Livianas</i>	<i>Medianas</i>	<i>Pesadas</i>

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.