



COLMENA

vida y riesgos profesionales

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL Y DE SALUD

FECHA (dd/mm/aa): (___/___/___)

TIPO DE EXAMEN

1. INGRESO ☐ 2. PERIODICO ☐ 3. EGRESO ☐ 4. CAMBIO DE OFICIO ☐ 5. REINGRESO ☐

NOMBRE DE LA EMPRESA _____

ACTIVIDAD ECONOMICA _____

No. DE HISTORIA (C.C., NIT ó C.E., T.I.): _____

CIUDAD _____ DEPARTAMENTO _____

I. DATOS DE IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

1. NOMBRE DEL TRABAJADOR

1er Apellido

2do. Apellido

Nombres

2. FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa) (___/___/___)

3. EDAD _____ años

4. LUGAR DE NACIMIENTO

MUNICIPIO _____

DEPARTAMENTO _____

5. DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ T.I. ☐ NIT. ☐ C.E. ☐ No. _____

6. PROCEDENTE DE

MUNICIPIO _____

DEPARTAMENTO _____

7. NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL ESTA AFILIADO _____

8. DIRECCION DE DOMICILIO _____

9. TELEFONO DEL DOMICILIO _____

10. SEXO

1. FEMENINO ☐

2. MASCULINO ☐

11. ESTADO CIVIL

1. SOLTERO ☐

2. CASADO ☐

3. VIUDO ☐

4. UNION LIBRE ☐

5. SEPARADO ☐

12. OCUPACION/PROFESION _____

13. ESCOLARIDAD

1. ANALFABETA ☐

2. PRIMARIA ☐

3. SECUNDARIA ☐

4. TECNICA ☐

5. UNIVERSITARIA ☐

6. POST-GRADO ☐

14. CARGO QUE OCUPA _____

DEPARTAMENTO O SECCION _____

15. JORNADA DE TRABAJO

1. DIURNA ☐

2. NOCTURNA ☐

3. ROTATORIA ☐

16. TIEMPO DE SERVICIO EN LA EMPRESA _____

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aa) (___/___/___)

17. TIEMPO EN EL CARGO _____

18. ACCIONES HALLAR ☐ LEVANTAR ☐ EMPUJAR ☐ ALCANZAR ☐ OTRO ☐

ACTUALMENTE TIENE OTRO TIPO DE TRABAJO FUERA DE LA EMPRESA ? SI ☐ NO ☐

II. EXPOSICION DE FACTORES DE RIESGO

EMPRESA	OCUPACIÓN	TIEMPO	TURNO	Factor de Riesgo														Control						
				Físico						Químico				ERG.	ELEC.	Insa y Expl.	Bio(V.B.H.)	PS	Mecánico	F	M	I		
				R	Vb	Rd	IL	T	Pr	P	H	V	G											

Físicos: R: Ruido; Vb: Vibración; Rd: Radicación; IL: Iluminación; T: Temperatura; Pr: Presión; Químicos: P: Polución; H: Humo; V: Vapores; G: Gases; ERG: Ergonómicos; Elec: Eléctricos; Ince y Expl: Incendio y Explosión
Bio: Biológico; (V: Virus; B: Bacterias; H: Hongos; Ps: Psicosociales; Control: F: Fuente; M: Medio; I: Individuo.

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

En el cargo o Empresa anterior SI ☐ NO ☐ Actual (Examen Periódico) SI ☐ NO ☐ Por qué?

Gafas ☐ Tapabocas ☐ Overol ☐ Guantes ☐ Protector Auditivo ☐ Respirador ☐ Botas ☐ Otro ☐ Cuál?

Le son de utilidad? SI ☐ NO ☐ Los considera adecuados? SI ☐ NO ☐ Los considera adecuados? SI ☐ NO ☐

III. ACCIDENTES DE TRABAJO SI ☐ NO ☐

EMPRESA	CARGO	FECHA	TIPO DE LESION	INCAPACIDAD	SECUELAS

IV. ENFERMEDAD PROFESIONAL

SI ☐ NO ☐

DESCRIPCION

V. ANTECEDENTES

a). FAMILIARES

PATOLOGIA	SI	NO	PARENTESCO	PATOLOGIA	PARENTESCO	SI	NO
ALTERA VISUAL				HIPERTENSION			
ALERGIAS				ASMA			
ENF. ACIDO PEPTICA				ARTRITIS			
DIABETES				CANCER			
OTROS				CUALES?			

b. PERSONALES

PATOLOGIA	SI	NO	TIEMPO	PATOLOGIA	TIEMPO	SI	NO
CEFALEA				BRONQUITIS			
DEFECTO VISUAL				ASMA			
SORDERA				TBC			
OTITIS				ENF. ACIDO PEPTICA			
SINUSITIS				COLITIS			
VERTIGOS				INFECC. URINARIA			
CONVULSIONES				VENEREAS			
HIPERTENSION				DISLIPIDEMIAS			
HEPATITIS				CANCER			
ENF. TIROIDES				HERNIA UMBILICAL			
HERNIA INGUINAL				DERMATITIS			
VARICOCELE				GOTA			
ALERGIAS				DOLOR ESPALDA			
ARTRITIS				TUNEL CARPIANO			
HERNIA DISCAL				TROMBOSIS			
VARICES MM II				CUALES?			
OTROS							

OBSERVACION:

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

CIRUGIA	FECHA	SECUELAS

c. TRAUMÁTICOS

LESION	CAUSA	FECHA	SECUELAS

4
ALÉRGICOS:

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:

G ___ P ___ C ___ A ___ M ___ V ___ MENARQUIA _____ CICLOS R () | ()) FUM _____
FUP _____ PLANIFICACIÓN FAMILIAR _____
CITOLOGÍA SI ☐ NO ☐ RESULTADO _____

TOXICOS:

FUMA SI () NO () CUANTOS POR DIA _____ DESDE CUÁNDO? _____
ALCOHOL SI () NO () CUAL? _____ FRECUENCIA _____
OTROS _____

IMUNIZACION:

TETANO: SI () NO () DOSIS _____ FIEBRE AMARILLA SI () NO ()
HEPATITIS B-C SI () NO () DOSIS _____

INFLUENZA: SI () NO () DOSIS _____ OTRAS _____

DEPORTE: SI () NO () CUÁL? _____ FRECUENCIA _____

VI. REVISION POR SISTEMAS

SISTEMA NERVIOSO	SI	NO
INSOMNIO		
DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE		
DESINTERES PARA REALIZAR ACTIVIDADES		
TENSION MUSCULAR		
CANSANCIO		
MIEDO		
OJOS		
ORL		
RESPIRATORIO		
CARDIOVASCULAR		
DIGESTIVO		
PIEL		
MUSCULO ESQUELETICO		
GENITO URINARIO		
EXTREMIDADES		

VII. EXAMEN FISICO

ASPECTO GENERAL

BUENO ☐
DIESTRO ☐

REGULAR ☐
SINIESTRO ☐

MALO ☐
AMBIDIESTRO ☐

PESO TALLA IMC TA F.C. F.R. T

ORGANO	NORMAL	ANORMAL	DESCRIPCION	ORGANO	NORMAL	ANORMAL	DESCRIPCION
CABEZA				PULMONES			
OJOS				CARDIACO			
				CIRCULATORIO			
OIDOS				ABDOMEN			
NARIZ				REG. INGUINAL			
BOCA				GENITALES			
LENGUA				EXTREMI. SUPERIOR			
DENTADURA				EXTREMI. INF.			
FARINGE				SIST. NERVIOSO			
AMIGDALAS				ESTADO MENTAL			
CUELLO				PARES CRANEA			
COLUMNA				REFLEJOS			
TORAX				TONO MUSCULAR			
SENOS				FUERZA MUSCULAR			
PIEL				MARCHA			
UÑAS							

DESCRIPCION

EXAMEN VISUAL N ()

AN ()

CERCA
CON LENTES
SIN LENTES

OD

OI

LEJOS
CON LENTES
SIN LENTES

OD

OI

FECHA ULTIMO CONTROL VISUAL:

AUDIOMETRIAS

SI

()

NO ()

FECHA:

RESULTADO

ESPIROMETRÍA

SI

()

NO

()

FECHA:

RESULTADO

LABORATORIOS:

RESULTADOS

VIII. DIAGNOSTICO

IX. OBSERVACIONES

X. RECOMENDACIONES

NOMBRE DEL MEDICO

FIRMA DEL MEDICO R.M.

El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes familiares y personales que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta.

FIRMA DEL TRABAJADOR O PACIENTE

C.C.