

ANEXO Nº 7-C FICHA MÉDICA OCUPACIONAL

EXAMEN MÉDICO

Empresa
 Contratista _____

PRE-OCUPACIONAL
 ANUAL
 RETIRO
 REUBICACIÓN

Apellidos y Nombres: _____

Nº de Ficha _____

FECHA DEL EXAMEN:		MINERALES EXPLOTADOS O PROCESADOS			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO		DOMICILIO HABITUAL		ALTITUD DE LA LABOR	
		SUPERFICIE <input type="checkbox"/>		Debajo 2500 m <input type="checkbox"/>	
		CONCENTRADORA <input type="checkbox"/>		3501 a 4000 m <input type="checkbox"/>	
		SUBSUELO <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"/>		Analfabeto <input type="checkbox"/>
	F <input type="checkbox"/>	TELÉFONO	Viudo <input type="checkbox"/>		Prim comp <input type="checkbox"/>
AÑOS			Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <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"/>
Ruido <input type="checkbox"/>	Cancerígenos <input type="checkbox"/>	Temperaturas <input type="checkbox"/>	Cargas <input type="checkbox"/>	Describir según corresponda: Puesto al que postula _____ Puesto actual _____ Tiempo _____ Reubicación SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
PoVo <input type="checkbox"/>	Mutagénicos <input type="checkbox"/>	Biológicos <input type="checkbox"/>	Mov. Repet. <input type="checkbox"/>		
Vib segmentaria <input type="checkbox"/>	Solventes <input type="checkbox"/>	Posturas <input type="checkbox"/>	PVD <input type="checkbox"/>		
Vib total <input type="checkbox"/>	Metales pesados <input type="checkbox"/>	Turnos <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>		
			Escribir		

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 %	
Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			TEMPERATURA	
Poco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m.	kg.	FVC	°C
Habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IMC		FEV1	
Excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			FEV1/FVC	Cintura
						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					REFLEJOS PUPILARES
VISIÓN DE LEJOS					
VISIÓN DE COLORES					

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

