

Anexo N° 02 Ficha Médico Ocupacional

N° de Ficha Médica			Fecha		Día		Mes		Año			
Tipo de Evaluación	Pre Ocupacional				Periódica				Retiro	Otros		
Lugar del Examen	Departamento				Provincia				Distrito			
I. DATOS DE LA EMPRESA (llenar con letra clara)												
Razón Social												
Actividad Económica												
Lugar de Trabajo												
Ubicación	Departamento				Provincia				Distrito			
Puesto al que postula (solo pre ocupacional)												
II. FILIACION DEL TRABAJADOR (llenar con letra clara o marque con un X lo solicitado)												
Nombre y Apellidos									FOTO			
Fecha de Nacimiento	Día		Mes		Año							
Edad		a										
Documento de Identidad (Carné de extranjería, DNI, Pasaporte)												
Domicilio Fiscal												
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje												
Numero/Departamento/Interior				Urbanización				Departamento				
		Distrito			Provincia							
Residencia en Lugar Trabajo		SI		NO			Tiempo de residencia en Lugar de Trabajo			años		
ESSALUD	EPS			OTRO		SCTR		OTRO				
Correo Electrónico							Teléfono					
Estado Civil						Grado de Instrucción						
N° Total de Hijos Vivos						N° dependientes						
III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES (llenar con letra clara o marque con un X lo solicitado)												
EMPRESA	Área de Trabajo	Ocupación	Fecha		Tiempo	Exposición Ocupacional	EPP					
			I									
			F									
			I									
			F									
			I									
			F									
			I									
			F									
			I									
			F									
			I									
			F									
			I									
			F									
IV. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES (llenar con letra clara o marque con un X)												
Alergias	Diabetes		TBC		Hepatitis B							
Asma	HTA		ITS		Tifoidea							
Bronquitis	Neoplasia		Convulsiones		Otros							
Quemaduras												
Cirugías												
Intoxicaciones												

Hábitos Nocivos	Tipo	Cantidad	Frecuencia								
Alcohol											
Tabaco											
Drogas											
Medicamentos											
V. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES (llenar con letra clara)											
Padre		Madre									
Esposo (a)		Hijos Vivos	Nº								
		Hijos Fallecidos	Nº								
Absentismo: Enfermedades y Accidentes (asociado a trabajo o no)											
Enfermedad, Accidente	Asociado al Trabajo	Año	Días de descanso								
	SI NO										
VI. EVALUACIÓN MÉDICA (llenar con letra clara o marque con un X)											
Anamnesis:											
Examen Clínico	Talla (m)		Peso (Kg.)		IMC		Perímetro Abdominal				
	F. Resp.		F. Card.		PA		Temperatura				
	Otros										
Ectoscopia:											
Estado Mental											
EXAMEN FÍSICO											
Órgano o Sistema	Sin Hallazgos	Hallazgos									
Piel											
Cabello											
Ojos y Anexos		Agudeza Visual	OD		OI		Con correctores	OD		OI	
		Fondo de Ojo						Visión de colores			
		Visión de profundidad									
Oídos											
Nariz											
Boca											
Faringe											
Cuello											
Aparato Respiratorio											
Aparato Cardiovascular											

Aparato Digestivo			
Aparato Genitourinario			
Aparato Locomotor			
Marcha			
Columna			
Miembros Superiores			
Miembros Inferiores			
Sistema Linfático			
Sistema Nervioso			
VII. Conclusiones de Evaluación Psicológica			
VIII. Conclusiones Radiográficas			
IX. Hallazgos Patológicos de Laboratorio			
X. Conclusión Audiometría			
XI. Conclusión de Espirometría			
XII. Otros			
XII. Diagnóstico Médico Ocupacional			CIE - 10
1.		P	D
2.		P	D
3		P	D
OTROS DIAGNÓSTICOS			
4		P	D
5.		P	D
6		P	D
APTO		APTO CON RESTRICCIONES	NO APTO
XIII. Recomendaciones			

Huella Digital y Firma del Paciente (con la cual declara que la información declarada es veraz)
Nombre, Firma y Sello de Médico Evaluador

Certificado de Aptitud Médico Ocupacional

LOGO DE QUIÉN CERTIFICA (EMPRESA, CLÍNICA, SERVICIO DE SALUD OCUPACIONAL)	CÓDIGO	
CERTIFICA que el Sr.(a):		
Nombre y Apellidos		
Documento de Identidad	Edad	años
Puesto al que postula (solo pre ocupacional)	Género	M F
Ocupación actual o última Ocupación		
HISTORIA CLÍNICA		
Conclusiones		
APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)		Restricciones
APTO CON RESTRICCIÓN (para el puesto en el que trabaja o postula)		
NO APTO (para el puesto en el que trabaja o postula)		
Recomendaciones		
		Nombre:
Fecha:	Sello y Firma de Médico que CERTIFICA	

Fuente: CENSOPAS/INS

INSTRUCTIVO Para el llenado de la Ficha Médico Ocupacional

I. INTRODUCCIÓN

Para el llenado de la Ficha Médico Ocupacional, se ha desarrollado este instructivo, que contiene los pasos de como se llenan los diferentes ítems que contiene la ficha, así como aclaraciones importantes sobre situaciones específicas, que se pudieran presentar en el momento de su llenado, de acuerdo a la planificación de Vigilancia de la salud de los Trabajadores y servirán para la realización de estudios epidemiológicos ocupacionales, o acciones correctivas en Salud Ocupacional, incluyendo la Reinserción y Rehabilitación Ocupacional.

El instructivo ha sido desarrollado, tomando en cuenta las secciones de la que consta el formato:

1. Datos de la Empresa
2. Filiación del Trabajador
3. Antecedentes Ocupacionales
4. Antecedentes Patológicos Personales
5. Antecedentes Patológicos Familiares
6. Evaluación Médica
7. Conclusiones de Evaluación Psicológica
8. Conclusiones Radiológicas
9. Hallazgos Patológicos de Laboratorio
10. Conclusiones de Audiometría
11. Conclusiones de Espirometría
12. Otros
13. Certificado de Aptitud Médico Ocupacional

II. FORMA DE LLENADO

- 2.1. Será llenada por el Médico Ocupacional.
- 2.2. Los ítems de Datos de la Empresa, Filiación del Trabajador, Antecedentes Ocupacionales, Antecedentes Patológicos Personales, Antecedentes Patológicos Familiares, Evaluación Médica, Conclusiones de Evaluación Psicológica, Conclusiones Radiológicas, Hallazgos Patológicos de Laboratorio, Conclusiones de Audiometría, Conclusiones de Espirometría, y Otros serán llenados de acuerdo los hallazgos y al criterio del Médico Ocupacional.
- 2.3. En el ítem de Certificado de Aptitud Médico Ocupacional:

Tipo de Reconocimiento: Se llenará el Diagnóstico Presuntivo, o Diagnóstico Definitivo a criterio del Médico Ocupacional.

Grado de Aptitud:

- **Apto:** Trabajador sano o con hallazgos clínicos que no generan pérdida de capacidad laboral ni limitan el normal ejercicio de su labor.
- **Apto con restricciones:** Aquel trabajador que a pesar de tener algunas patologías, puede desarrollar la labor habitual teniendo ciertas precauciones, para que estas no pongan en riesgo su seguridad, disminuyan su rendimiento, o puedan verse agravadas deben ser incluidos en programas de vigilancia específicos.
- **No apto:** Trabajador que por patologías, lesiones o secuelas de enfermedades o accidentes tienen limitaciones orgánicas que les hacen imposible la labor en las circunstancias en que está planteada dentro del EE.SS., y en las áreas de mayor riesgo.

Relación con el Riesgo: Se realizara la relación de la presencia de Accidente o Enfermedades ocupacional del trabajador y el nivel del riesgo presente en los ambientes de trabajo.

Nombre del Médico: Médico Colegiado especialista, o capacitado en Medicina del Trabajo, Medicina Ocupacional y/o Salud Ocupacional.