

# ANEXO

## ANEXO 1. CUESTIONARIO CLÍNICO

CUESTIONARIO CLÍNICO													
FECHA EVALUACION:													
<b>1. DATOS GENERALES</b>													
NOMBRE:													
CC:		Sexo:		Estado civil: <b>S</b>		<b>C</b>		<b>UL</b>		<b>D</b>		<b>V</b>	
Dirección:						Teléfono:							
Fecha de nacimiento:				Lugar de nacimiento:		Edad:							
Escolaridad:				Profesión:									
Antigüedad en la empresa:			Fecha de ingreso empresa:										
Cargo Actual:					Sección:								
Antigüedad en el cargo actual:													
Jornada: Diurna		Nocturna		Mixta		Horario:							
Equipos o Herramientas Utilizadas:													
Materias Primas e insumos:													
Tarea de mayor exposición:													
Condiciones ambientales:													
Elementos de Protección Personal:													
Cargos anteriores en la empresa:													
		Tiempo		Sección		EPP							

## CUESTIONARIO CLÍNICO

### 2. HISTORIA LABORAL

EMPRESA	CARGO	EPP		TIEMPO CARGO	RIESGOS				
		S	N		FISICO	QUIM	ERGO	BIOLO	ACCID
Actividades Extrala-borales:									
Vive cerca de una fábrica o zona industrial?	SI	NO	Especifique						
Con que cocina actualmente?									
Cocino con leña en el pasado?	SI	NO	Especifique						
Pasatiempos									

### 3. MOTIVO DE CONSULTA

--

### 4. ENFERMEDAD ACTUAL

--

### 5. REVISIÓN POR SISTEMAS

	S	N		S	N		S	N
Cefalea			Tensión muscular			Cambio olor en orina		
Migraña			Ansiedad / Miedos			Nicturia/ polaquiuria		
Vértigo/Alt. equil.			Temblores			Incontinencia		
Alterac. Sueño			Paresias/ Parestesias			Pujo al orinar		
Cansancio			Ojos			Alteración Libido		
Alt.Visión colores			Rinitis			Alt.Ciclo menstrual		
Alt. En la marcha			Obstrucción nasal			Dolor cuello/ espalda		
Difi. Concentrarse			Alteraciones Olfato			Dolor lumbar		
Alt. Memoria			Tos			Dolor articular		
Desinterés			Disnea			Dism.movil. articular		
Cambios humor			Palpitaciones			Sangrado inusual		
Alt. Atención			Cambios apetito			Ganglio cuell/axil/ing		
Somnolencia			Cambios de peso			Lesiones en la piel		

## CUESTIONARIO CLÍNICO

Desorientación			Nauseas			Aparición de acné		
Depresión			Alt. Hab. Intestinal			Resequedad en piel		
Irritabilidad			Dispepsia			Enrojecimiento		
Convulsiones			Disfagia			Edema / ampollas		
Sens. Embriaguez			Disuria			Descamación en piel		

### 6. ANTECEDENTES

#### ANTECEDENTES PERSONALES

ENFERMEDAD	S	N	ENFERMEDAD	S	N	ENFERMEDAD	S	N
Congénitas			Fiebre Reumática			Enf. Neurológicas		
Infecciosas			Enf. Pulmonares			Varices		
Alt. Refractivas			Asma			Osteomuscular		
Alt. Visión colores			TBC			Enf. Hematológicas		
Conjuntivitis			Alergias			Quirúrgicos		
Rinitis			E.A.P.			Traumáticos/T.C.E.		
Otitis			Colitis			Transfusiones		
Sordera			Enf. Renales/ Calc.			Hospitalizaciones		
Sinusitis			Enf. Genito/urinari			Diabetes/Hipoglic.		
Amigdalitis			Venéreas			Colesterol alto		
Enf. Cardiacas			Enf. Hepáticas			Gota		
HTA			Enf. Dermatológ.			Endocrinos		
Trombosis			Hernias			Tóxicos		

#### ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMEDAD	P	M	H	A	ENFERMEDAD	P	M	H	A
Hipertensión					Asma				
Enf. Coronaria					Alergias				
ACV					Enf. Renales				
Dislipidemias					Diabetes				
Trastornos coagulación					Cancer				
Anemias					Alcoholismo				
Leucemia					Sord/Cegue. Congen.				
Enf. Pulmonares					Enf. Mentales				
TBC					Convulsiones				

OTROS (Especifique):

#### ANTECEDENTES TOXICOLÓGICOS

Fumador	SI	NO	Numero.cig/día		Años fumando				
---------	----	----	----------------	--	--------------	--	--	--	--

## CUESTIONARIO CLÍNICO

Exfumador	SI	NO	Numero cig/ día		Años fumando		Hasta cuando	
Consumo alcohol: SI	NO		Frecuencia	D	S	Q	M	Ocasional
Años de consumo de alcohol		Problemas con el consumo de alcohol	SI	NO	Especifique			
Consumo de tranquilizantes	SI	NO	Especifique					
Consumo de analgésicos	SI	NO	Especifique					
Otros:								
Deporte	SI	NO	Horas por semana:					
Actividades Extralaborales:								
Vive cerca de una fábrica o zona industrial?	SI	NO	Especifique					
Con que cocina actualmente?								
Cocino con leña en el pasado?	SI	NO	Especifique					
Pasatiempos								
<b>ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS</b>								
Medicamento utilizado	Dosis		Frecuencia			Alergias		
<b>ANTECEDENTES GINECOBISTÉTRICOS</b>								
Menarquia (Edad)			Ciclos		FUM		FUC	
FUP		G	P	A	V	C	Método planificación:	
Utilizó medicamentos durante el embarazo?	SI	NO	Especifique					
<b>7. EXÁMEN FÍSICO</b>								
PESO	TALLA	TA		FC		FR		
IMC		BIOTIPO	PEQ	MED	GRA			
HALLAZGOS	N	AN		HALLAZGOS	N	AN	HALLAZGOS	N AN

