

ANEXO

ANEXO 1. CUESTIONARIO CLÍNICO

CUESTIONARIO CLÍNICO										
FECHA EVALUACION:										
1. DATOS GENERALES										
NOMBRE:										
CC:		Sexo:		Estado civil: S		C	UL	D	V	
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								
ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS								
Medicamento utilizado	Dosis			Frecuencia			Alergias	
ANTECEDENTES GINECOBISTÉTRICOS								
Menarquia (Edad)			Ciclos		FUM		FUC	
FUP		G	P	A	V	C	Método planificación:	
Utilizó medicamentos durante el embarazo?	SI	NO	Especifique					
7. EXÁMEN FÍSICO								
PESO	TALLA	TA		FC		FR		
IMC		BIOTIPO	PEQ	MED	GRA			
HALLAZGOS	N	AN		HALLAZGOS	N	AN	HALLAZGOS	N AN

CUESTIONARIO CLÍNICO

Estado nutricional			Cuello			Columna vertebral			
Cabeza			Tiroides			Articulaciones			
Ojos			Tórax			Reflejos tendinosos			
Fondo de Ojo			Senos			Tono muscular			
Conjuntiva			Pulmones			Trofismo muscular			
Corneas			Corazón			Sensibilidad			
Pupilas			Circulatorio			Marcha			
Reflejo fotomotor			Pulsos periféricos			Fuerza muscular			
Reflejo corneal			Abdomen			Orientación			
Oídos			Exploración hígado			Colaboración			
Nariz			Exploración bazo			Lenguaje			
Boca			Exploración riñones			Comprensión			
Encías/paladar			Región anal			Atención			
Dentadura			Genitales externos			Pensamiento			
Faringe			Miembros superiores			Faneras			
Amígdalas			Miembros inferiores			Piel			

OBSERVACIONES

8. PARACLÍNICOS

EXÁMEN	FECHA	HALLAZGOS

9. DIAGNÓSTICO Y RECOMENDACIONES

DIAGNOSTICO (S):

RECOMENDACIONES:

FIRMA DEL MEDICO Y REGISTRO	FIRMA DEL TRABAJADOR