

Reporte de Historial

Fecha: 2014-10-02. Examen medico:periodico									
I. Informaci3n de la empresa:									
Nombre:Exito						Ciudad:neiva			
Comercializadora						Telefono:31431173			
II. Informacion del trabajador:									
Nombre y apellidos:sebastian martinez caicedo								C.C.No.1075296999	
EPS:cafesalud	Lugar de nacimiento:	Edad:20	Fecha de nacimiento	0000-00-00		SEXO:			
Estado civil:									
Direcci3n de residencia:cll751w-41						Tel3fono:8768067			
Nivel de escolaridad:						Profesi3n:Programador			
III.Informaci3n ocupacinal actual:									
Cargo actual o a desempe1ar:Programador						Antiguedad:Programador			
Equipos que maneja:Programador									
Materia prima o insumos utilizados:Programador									
Turno: DiurnoActividad realizadasentado									
Riesgos:									
Fisicos	Quimicos	Ergon3micos	Psicosociales	Biologicos	Mecanicos				
Ruido	Polvos	Trabajo est1tico	Stress	Virus	Mecanismos en movimiento				
Iluminaci3n	Gases	Esfuerzof1sico	Traumas laborales	Bacterias	Proyecci3n de particulas				
Temperaturas extremas	Vapores	Levantamiento de cargas	Repetitividad	Parasitos	Manejo de herram manuales				
Radiaciones	Liquidos	Posturas	No autonomia	Hongos	Manipulacion de materiales				
			Tiempo extra		Equipo y Elementos a presi3n				
			Aislamiento						
			Falta de capacitaci3n						
Explique citando tiempo de exposici3n al riesgo:s						Elementos de protecci3n:s			
IV. Antecedentes ocupacionales:									

Empresa	Ocupacion	Tiempo	Riesgos					
			Fisicos	Quimicos	Biologicos	Mecánicos	Ergonomicos	Psicologicos
s	s	s	s	s	s	s	s	s
s	s	s	s	s	s	s	s	s
s	s	s	s	s	s	s	s	

Accidentes de trabajo si

Fecha	Empresa	Causa	Tipo de lesión	Parte afectada	Dias incapacidad	Secuelas
2014-10-07	s	s	s	s	s	s
2014-10-08	s	s	s	s	s	s

Enfermedades profecionales "si

V.Enfermedades actuales:s

Antecedentes personales:

Patológicos:s

Hospitalarios:s

Quirúrgicos:s

Traumaticos:s

Medicamentos:s

Tóxicos:s

Alérgicos:s

Habitos:

Tabaquismo:d	Alcohol:d
--------------	-----------

Deporte cual?dd	Frecuencia:d
-----------------	--------------

Venereas:d	Inmunológicos:d	Psicológicos:d
------------	-----------------	----------------

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Menarquia	Ciclo	Gravida	Partos	Abortos	Mortinatos	Fecha ult.menstruacion	Fecha ult.parto
d	d	d	d	d	d	2014-10-07	2014-10-21
Dismenorrea		Metrorragias	Transtorno del ciclo		Citologias		Otros Trant
d		d	d		d		d

Metodos de planificación:d

VII.Antecedentes familiares:

	Epilepcia		
--	-----------	--	--

	C.A.		
VII.Revisión de síntomas por sistemas:d			
IX.Examen medico:			
Estado: Bueno			
Signos vitales:d	Talla:d	Peso(KGS):d	Temperaturad
Frecuencia respiratoriad	Frecuencia cardiacad	Tensión arterial sentado:d	Tensión arterial acostado:d
Cabeza y cuero cabelludo	normal		
Ojos	normal		
Agudeza visual(tabla snell)	normal		
Oídos	normal		
Nariz	anormal		
Boca	anormal		
Cuello-tiroides	anormal		
Tórax	anormal		
Mamas	anormal		
Corazón	anormal		
Pulmón	anormal		
Abdomen	normal		
Hernias	normal		
Genito-urinario externo T.R.	normal		
Extremidades	normal		
Columna	anormal		
Piel y faneras	anormal		
Neurológico	anormal		
Marcha Sensibilidad Fuerza Rot			
X.Diagnostico:d			
XI.Concepto:d			
XII.Recomendaciones:d			
Certifico que todo lo registrado en la historia clinica es veridico. Que no he omitido ninguna información sobre mi salud y puede ser confirmama. Medico: Paciente:			