

ETB SA ESP
HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

1. IDENTIFICACIÓN		Cédula.	ETB	Fecha:
Nombre:		Edad:		Sexo:
Fecha de nacimiento:	Lugar:	Estado civil:		No de hijos:
Dirección:				Teléfono:
Tiempo de transporte casa trabajo:		No. de familias compartiendo la casa:		Personas a cargo:
Escolaridad: Prim. Bto. Tec. Univ.		Ultimo nivel terminado:		Profesión:

AUTOCONCEPTO DE SALUD **Escriba si o no** y en los casos positivos describa la situación.

1.- ¿Sufre o ha sufrido en su vida de alguna enfermedad de importancia? No Si ¿Cuál?	
2.- ¿Ha sufrido algún accidente con lesiones, heridas o fracturas? No Si ¿Cuál?	
3.- ¿Ha sido hospitalizado? No Si ¿para qué?	
4.- ¿Recibe o ha recibido en su vida algún tratamiento médico prolongado o intensivo? No Si ¿Cuál?	
5.- ¿Le han hecho alguna cirugía? No Si ¿Cuál?	
6.- ¿Tiene algún tipo de prohibiciones para el consumo de alimentos? No Si ¿Cuál?	
7.- ¿Tiene alguna restricción para su actividad física o intelectual? No Si ¿Cuál?	
8.- ¿Tiene alguna deformidad o alteración física? No Si ¿Cuál?	
9.- ¿Presenta alguna disminución en la visión? No Si ¿Cuál?	
10.- ¿Le han formulado lentes? No Si	
Observaciones	
11.- ¿Cree oír bien? No Si	
12.- ¿Escucha mejor por alguno de sus dos oídos? No Si	
13.- ¿Cuántas veces en la semana hace ejercicio formal por más de 15 minutos?	
14.- ¿Practica algún deporte competitivo? No Si ¿Cuál?	
15.- ¿Presenta alguna alteración física al hacer ejercicio? No Si ¿Cuál?	
16.- Marque con una "X" ¿Es su trabajo físicamente activo? _____ ¿o sedentario? (más de 6 horas de escritorio) _____	
17.- ¿Cuál es su horario habitual de sueño? _____ pm. A _____ am.	15.- Tiene dificultades para dormirse?
20.- ¿Se considera usted una persona sana?	
¿En los periodos de su vida en que se siente presionado por exceso de trabajo, por malos resultados o por muchos problemas, se le presenta algún cambio en:	
21.- ¿...el sueño?, No Si ¿Cuál?	
22.- ¿... se le presenta algún cambio en su productividad laboral?. No Si ¿Cuál?	
23.- ¿... se le presenta algún cambio en su apetito?. No Si ¿Cuál?	
24.- ¿... se le presenta algún cambio en su afectividad y relaciones personales?. No Si ¿Cuál?	
25.- ¿... se le presenta algún cambio en su salud?. No Si ¿Cuál?	
26.- ¿Sufre del colon? No Si	27.- ¿Sufre de estreñimiento?. No Si
28.- ¿Sufre de gastritis? No Si	29.- ¿Sufre de dolor en la boca del estómago? No Si

HÁBITOS

30.- Fumador habitual Cig./día _____ Años _____	Fumador eventual En reuniones _____	Exfumador Cig./día _____ años _____	Años de abandono _____	Nunca ha fumado
---	--	---	---------------------------	-----------------

Clasifíquese en estas situaciones frente al licor.

31.- ¿Consumidor habitual de licores?	No	Sí	Cada cuánto?	¿Por cuántos años?
32.- ¿Cree que consume más licor de lo conveniente?	No	Sí		
33.- Consumidor eventual de licores. Solo consume licor en reuniones y excepcionalmente se embriaga.				
		No	Sí	
34.- Abstemio:	¿Teme consumir licor porque lo afecta mucho?.	Simplemente, no le gusta el licor.		
No	Sí	No	Sí	No
		Sí	No	
35.- ¿Ha tenido problemas con la bebida en alguna época de su vida?	No	Sí	¿Cuáles?	
36.- ¿Consume algún tipo de drogas psicotrópicas?	No	Sí	¿Cuál?	
36.- ¿Cree usted llevar una vida sana?	Sí	No		
37.- ¿Qué cree que debe cambiar en sus hábitos para mejorar su calidad de vida?				

2. HISTORIA LABORAL	Profesión:		
Cargo actual:	Dependencia	Antigüedad	

Oficios anteriores (En la empresa y/o antes de su ingreso)		
Oficio	Tipos de empresa en que lo ejerció	Tiempo de servicio

E.P.S. actual:	Tiempo:	Total años a pensiones: I.S.S.+ Cs. de Pv. + Fondos privados =	¿Prestó servicio militar?
----------------	---------	--	---------------------------

Exposición a factores de riesgo ocupacional
¿De qué hay que cuidarse para no enfermar o accidentarse en su trabajo?
¡De nada. No hay ningún riesgo!

¿Tiene algún antecedente de accidente de trabajo o de enfermedad profesional?.
No Sí (describalo)

3. CARGA EXTRA-LABORAL	¿Estudia?
¿Tiene otro empleo o actividad?	
¿Trabaja su cónyuge?	Oficio:
¿Hay algunas industrias contaminantes cerca de su casa?	Explique:
Declaro que he leído y entendido cada una de las preguntas y que las he contestado con toda sinceridad.	

Firma del trabajador	