

Talento Humano

Salud Ocupacional

Contenido	Pág.
Ingreso al módulo.....	2
HC Pre – Ocupacional.....	3
Consulta Subsecuente.....	60
HC Pos - Ocupacional.....	73

Talento Humano

Salud Ocupacional

Ingreso al módulo

El módulo de Salud Ocupacional se utiliza para registrar información de la salud relacionada con el aspecto laboral de los empleados tanto en las etapas de Pre – Ocupacional, Ocupacional, Post – Ocupacional, incluyendo las consultas médicas normales. El módulo está dirigido a los dispensarios médicos o atención primaria dentro de las organizaciones u empresas.

Para ingresar a las opciones de este módulo se tiene 3 opciones:

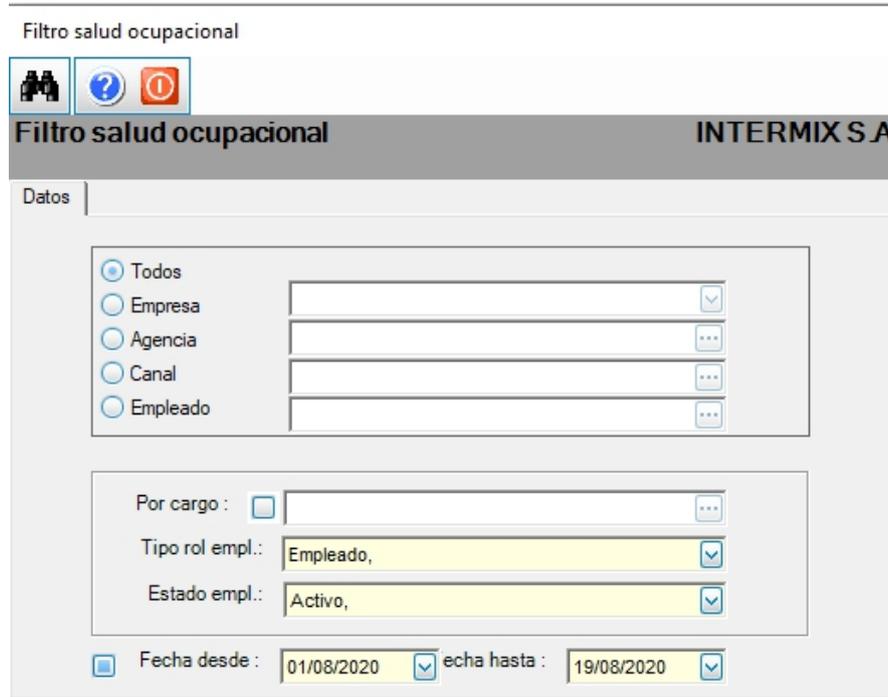
1. Seleccione la opción **Árbol** en el menú **Ver** de la barra superior, luego haga clic en la aplicación de **Talento Humano** y seleccione el módulo de **Salud Ocupacional**. En la parte derecha puede encontrar desplegadas las opciones que tiene dicho módulo.
2. Seleccione la opción **Barra de Navegación** en el menú **Ver** de la barra superior, luego seleccione la aplicación **Talento Humano** y “haga clic” en el módulo de **Salud Ocupacional** que se encuentra en la parte inferior. En el segmento superior puede encontrar desplegadas las opciones que dicho módulo contiene.
3. Seleccione **Talento Humano** en el menú de **Aplicación** de la barra superior, luego “haga clic” en la opción **Módulo** y seleccione Salud Ocupacional. En la parte derecha puede encontrar desplegadas las opciones que dicho módulo contiene.

HC Pre – Ocupacional

Historia Clínica (HC) o ficha, se utiliza cuando el colaborador o empleado ingresa por primera vez, dentro de la organización.

Filtro

El visor múltiple puede contener una gran cantidad de registros, por lo que se presenta un filtro, que solicita los siguientes datos, para delimitar la búsqueda:



Filtro salud ocupacional

INTERMIX S.A

Datos

Todos
 Empresa
 Agencia
 Canal
 Empleado

Por cargo :

Tipo rol empl.: Empleado,

Estado empl.: Activo,

Fecha desde : 01/08/2020 Fecha hasta : 19/08/2020

- *Todos*: Este filtro permite consultar todos los empleados de la empresa
- *Empresa*: Permite seleccionar la empresa a consultar
- *Agencia*: Permite seleccionar la agencia a consultar
- *Canal*: Canal o lugar de trabajo que se requiere consultar
- *Empleado*: Este campo permite realizar una búsqueda específica por nombre
- *Por cargo*: Permite realizar la búsqueda por cargo
- *Tipo rol empl.*: Este campo permite realizar la búsqueda por tipo de rol: *Empleado / Tercerizado / Eventual / Temporada*, etc.
- *Estado empl.*: Este campo permite realizar la búsqueda por estado del empleado: *Inactivo / Activo / Pendiente / Temporalmente inactivo*
- *Fecha desde / Hasta*: Contiene el rango de fechas que se requiere consultar

Visor Múltiple

El visor múltiple presenta la lista de las personas que tienen ficha Pre-Ocupacional



Secue...	Empresa	Ti...	Identific...	Nombres	Cargo	Est.Ficha	Fecha.Concl...	Diagnóstico
127	INTERMIX Cia Ltda	Cédula	1714899623	Pardo Suarez Ana Maria	Vendedor	Solicitado	31/07/2019	No se encontró ninguna nove...
128	INTERMIX S.A	Cédula	1727494369	ZAMBRANO NARVAEZ DARI...	Cajero / Semi Senior / fffff / edrferer	Solicitado	31/07/2019	DIAG

- **Secuencial:** Número generado automáticamente por el sistema
- **Empresa:** Empresa a la que pertenece el empleado
- **Tipo Id:** Tipo de identificación del empleado *Cédula / Pasaporte*
- **Identificación:** Número de identificación del empleado
- **Nombres:** Apellidos y nombres del empleado
- **Cargo:** Cargo que desempeña el empleado dentro de la empresa
- **Est. Ficha:** Estado de la ficha Pre-Ocupacional
- **Fecha Conclusión:** Fecha en la que fue cerrada la HC Pre - Ocupacional
- **Diagnóstico:** Diagnóstico registrado en la ficha HC Pre – Ocupacional
- **Tratamiento:** Tratamiento registrado en la ficha de HC Pre – Ocupacional

Botones principales



Archivos pdf

Este botón permite cargar archivos en formato pdf desde el Pictor. Para esta opción es necesario que se encuentre instalado el módulo de *Gestión de Documentos*, ya que mediante éste botón, es posible la configuración de documentos que se van a capturar.

Pestaña Datos

Dentro de esta pestaña, el campo *Tipo documento*, visualiza todos los documentos asignados a la carpeta **DOCUMENTOS DE SALUD OCUPACIONAL**.

La definición de documentos puede cambiar de acuerdo al requerimiento de cada cliente.

Imagen

Imagen

INTERMIX S.A

Datos | Captura archivo

Carpeta : DOCUMENTOS DE SALUD OCUPACIONAL

Tipo documento : VACUNACIÓN Hepatitis A

Carpeta claves :

Nombre	Clave
HCEMCODIGO	126
GENECODIGO	536

Record 1 of 2

Documentos claves :

Nombre	Clave
HCEMCODIGO	126
GENEIDENTIFICACION	1307838050

Record 1 of 2

- **Carpeta claves:** Muestra la configuración de claves únicas para búsquedas de la carpeta de un empleado. Esta configuración es previamente determinada en el módulo **Gestión de Documento**, menú Administración **de doc.**, opción Definición **de carpetas**.
- **Documentos claves:** Muestra la configuración de claves únicas para búsquedas de los documentos de un empleado. Esta configuración es previamente determinada en el módulo **Gestión de Documento**, menú Administración **de doc.**, opción Definición **de documentos**.

Sí la imagen o archivo ya ha sido cargado, al momento de visualizar la pantalla, se muestra directamente dentro de la pestaña *Carga archivo*.

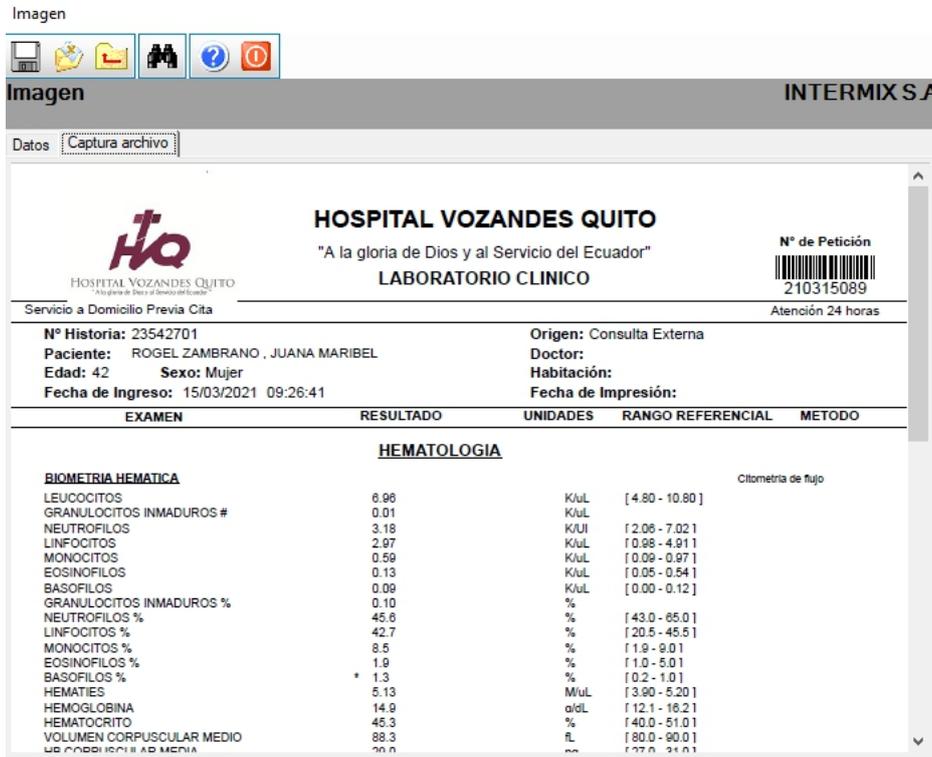
Al momento del cambio de selección de Tipo de documento, el E-business consulta la existencia de la imagen del documento seleccionado, sí existe la imagen, lo muestra en la pestaña *Carga archivo*.

Para grabar un documento, una vez seleccionado el mismo, hacer clic en el botón Pdf , se indica la ruta en el *Explorador de Windows*, en donde se encuentra el documento en formato pdf, que se va a cargar.

Pestaña Captura archivo

Dentro de esta pestaña, se visualiza el documento en formato pdf, que se carga en la pestaña Datos.

Imagen



HOSPITAL VOZANDES QUITO
"A la gloria de Dios y al Servicio del Ecuador"
LABORATORIO CLINICO

N° de Petición: 210315089
Atención 24 horas

Servicio a Domicilio Previa Cita

N° Historia: 23542701
Paciente: ROGEL ZAMBRANO, JUANA MARIBEL
Edad: 42 Sexo: Mujer
Fecha de Ingreso: 15/03/2021 09:26:41

Origen: Consulta Externa
Doctor:
Habitación:
Fecha de Impresión:

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	RANGO REFERENCIAL	METODO
HEMATOLOGIA				
BIOMETRIA HEMATICA				
LEUCOCITOS	6.66	K/uL	[4.80 - 10.80]	Citometria de flujo
GRANULOCITOS INMADUROS #	0.01	K/uL		
NEUTROFILOS	3.18	K/uL	[2.06 - 7.02]	
LINFOCITOS	2.97	K/uL	[0.98 - 4.91]	
MONOCITOS	0.59	K/uL	[0.09 - 0.97]	
EOSINOFILOS	0.13	K/uL	[0.05 - 0.54]	
BASOFILOS	0.09	K/uL	[0.00 - 0.12]	
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.10	%		
NEUTROFILOS %	45.6	%	[43.0 - 65.0]	
LINFOCITOS %	42.7	%	[20.5 - 45.5]	
MONOCITOS %	8.5	%	[1.9 - 9.0]	
EOSINOFILOS %	1.9	%	[1.0 - 5.0]	
BASOFILOS %	* 1.3	%	[0.2 - 1.0]	
HEMATIES	5.13	M/uL	[3.90 - 5.20]	
HEMOGLOBINA	14.9	g/dL	[12.1 - 16.2]	
HEMATOCRITO	45.3	%	[40.0 - 51.0]	
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	88.3	fL	[80.0 - 90.0]	
HEMOGLOBINA M	20.0	g/g	[27.0 - 34.0]	

Finalmente se hace clic en el botón *Grabar*, para que este archivo en formato .pdf, se pueda almacenar en la carpeta configurada con esta finalidad.

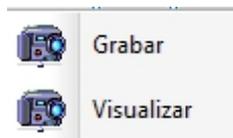


Archivos pdf

Este botón permite cargar archivos en formato pdf mediante E-business. Para esta opción es necesario que los archivos a cargar, se encuentren configurados y asignados a la pantalla donde se va a producir la carga.

La configuración se realiza en el módulo de **Consola**, menú **Imágenes**, opción **Documentos por pantalla**.

Las siguientes opciones, se presentan para realizar el proceso de captura:



- Desde la opción **Grabar**, se carga el archivo relacionado al documento que se indica, seleccionando el campo *Tipo archivo*. Estos documentos deben haber sido previamente configurados y asignados a la pantalla.

Modificar entrega

Modificar entrega INTERMIX SA

Datos

Tipo archivo :



Luego se hace clic en el botón *Cargar archivo*, que nos lleva a la ruta en el *Explorador de Windows*, en donde se encuentra el documento en formato pdf, que se va a cargar y se visualiza la imagen del documento.

Modificar entrega

Modificar entrega INTERMIX SA

Datos

Tipo archivo :



HOSPITAL VOZANDES QUITO

"A la gloria de Dios y al Servicio del Ecuador"

LABORATORIO CLINICO

N° de Petición



210315089

Servicio a Domicilio Previa Cita Atención 24 horas

<p>N° Historia: 23542701</p> <p>Paciente: ROGEL ZAMBRANO, JUANA MARIBEL</p> <p>Edad: 42 Sexo: Mujer</p> <p>Fecha de Ingreso: 15/03/2021 09:26:41</p>	<p>Origen: Consulta Externa</p> <p>Doctor:</p> <p>Habitación:</p> <p>Fecha de Impresión:</p>
---	--

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	RANGO REFERENCIAL	METODO
HEMATOLOGIA				
<i>Citometria de flujo</i>				
BIOMETRIA HEMATICA				
LEUCOCITOS	6.96	KUL	[4.80 - 10.80]	
GRANULOCITOS INMADUROS #	0.01	KUL		
NEUTROFILOS	3.18	KUJ	[2.05 - 7.02]	
LINFOCITOS	2.97	KUL	[0.96 - 4.91]	
MONOCITOS	0.59	KUL	[0.09 - 0.97]	
EOSINOFILOS	0.13	KUL	[0.05 - 0.54]	
BASOFILOS	0.09	KUL	[0.00 - 0.12]	
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.10	%		
NEUTROFILOS %	45.6	%	[43.0 - 66.0]	
LINFOCITOS %	42.7	%	[20.5 - 45.5]	
MONOCITOS %	6.5	%	[1.9 - 9.0]	
EOSINOFILOS %	1.9	%	[1.0 - 5.0]	
BASOFILOS %	1.3	%	[0.2 - 1.0]	
HEMATIES	5.13	MUL	[3.90 - 5.20]	
HEMOGLOBINA	14.9	g/dL	[12.1 - 16.2]	
HEMATOCRITO	45.3	%	[40.0 - 51.0]	
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	88.3	fL	[80.0 - 90.0]	
HB CORPUSCULAR MEDIA	29.0	pg	[27.0 - 31.0]	
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	32.9	gHl	[32.0 - 36.0]	

Finalmente se hace clic en el botón *Grabar*.

- Desde la opción **Visualizar**, se muestra el documento en el momento que el colaborador lo requiera, de acuerdo a la selección realizada en *Tipo archivo*.

Modificar entrega

Modificar entrega INTERMIX S.A

Datos

Tipo archivo : Exámenes de Laboratorio-Coprológico



HOSPITAL VOZANDES QUITO

"A la gloria de Dios y al Servicio del Ecuador"

LABORATORIO CLINICO

N° de Petición



210315089

Servicio a Domicilio Previa Cita Atención 24 horas

<p>N° Historia: 23542701</p> <p>Paciente: ROGEL ZAMBRANO, JUANA MARIBEL</p> <p>Edad: 42 Sexo: Mujer</p> <p>Fecha de Ingreso: 15/03/2021 09:26:41</p>	<p>Origen: Consulta Externa</p> <p>Doctor:</p> <p>Habitación:</p> <p>Fecha de Impresión:</p>
---	--

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	RANGO REFERENCIAL	METODO
HEMATOLOGIA				
BIOMETRIA HEMATICA				
LEUCOCITOS	6.96	KUL	[4.80 - 10.80]	Citometria de flujo
GRANULOCITOS INMADUROS #	0.01	KUL		
NEUTROFILOS	3.18	KUL	[2.06 - 7.02]	
LINFOCITOS	2.97	KUL	[0.98 - 4.91]	
MONOCITOS	0.59	KUL	[0.09 - 0.97]	
EOSINOFILOS	0.13	KUL	[0.05 - 0.54]	
BASOFILOS	0.09	KUL	[0.00 - 0.12]	
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.10	%		
NEUTROFILOS %	45.6	%	[43.0 - 66.0]	
LINFOCITOS %	42.7	%	[20.5 - 45.5]	
MONOCITOS %	8.5	%	[1.9 - 9.0]	
EOSINOFILOS %	1.9	%	[1.0 - 5.0]	
BASOFILOS %	1.3	%	[0.2 - 1.0]	
HEMATIES	5.13	MUL	[3.90 - 5.20]	
HEMOGLOBINA	14.9	g/dL	[12.1 - 16.2]	
HEMATOCRITO	45.3	%	[40.0 - 51.0]	
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	88.3	fL	[80.0 - 90.0]	
HB CORPUSCULAR MEDIA	29.0	pg	[27.0 - 31.0]	
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	32.9	g/dL	[32.0 - 36.0]	

Visor Simple

Para crear una HC Pre-Ocupacional, se hace clic en el botón  **Nuevo**, para lo cual muestra las siguientes pestañas:

Pestaña Datos

Contiene información de la *Ficha de Empleado*: datos básicos, nivel de educación y capacidades especiales.

HC Ocupacional
INTERMIX SA

Exámenes Complementarios
Exámenes de Laboratorio
Conclusiones

Datos
Antecedentes Laborales
Antecedentes Médicos
Antecedentes Reproductivos
Inmunización
Hábitos
Revisión actual del sistema
Exámen Físico

Secuencial	<input type="text" value="127"/>	Fecha	<input type="text" value="31/07/2019 0:00:00"/>
Nombres	<input type="text" value="Pardo Suarez Ana Maria"/>		
Cargo	<input type="text" value="Vendedor"/>		
Lugar de Nacimiento	<input type="text" value="ECUADOR / COSTA / GUAYAS / SAMBORONDON"/>		
Fecha de Nacimiento	<input type="text" value="01/03/1987 0:00:00"/>	Edad	<input type="text" value="34"/>
Identificación	<input type="text"/>	Estado Civil	<input type="text" value="Casado (a)"/>
Nivel Educativo	<input type="text" value="Secundaria"/>	Teléfono	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text" value="Femenino"/>	Tipo Sangre	<input type="text" value="A+"/>
Número de historia clínica	<input type="text" value="4"/>		

Capacidades Especiales

Con. Trab. Disc.	<input type="text" value="No aplica"/>	Porcentaje	<input type="text" value="0"/>
Tipo	<input type="text" value="Ninguna"/>	Nro. Registro	<input type="text"/>
Tipo ID Discapacitado	<input type="text"/>	Nro. ID Discapacitado	<input type="text"/>

- *Secuencial*: Es el número generado automáticamente por el sistema
- *Fecha*: Fecha en que se realiza la HC Pre-Ocupacional
- *Nombres*: Nombres y apellidos del empleado
- *Cargo*: Cargo que desempeña el empleado dentro de la empresa
- *Lugar de Nacimiento*: Lugar de nacimiento del empleado
- *Fecha de nacimiento*: Fecha de nacimiento del empleado
- *Edad*: Edad del empleado
- *Identificación*: Número de identificación del empleado *Cédula / Pasaporte*
- *Estado Civil*: Estado civil del empleado: *Soltero / Casado / Divorciado*
- *Nivel Educativo*: Nivel educativo del empleado: *Primaria / Secundaria / Superior / Cuarto Nivel.*
- *Teléfono*: Número telefónico del empleado
- *Sexo*: Género del empleado: *Masculino / Femenino*
- *Tipo Sangre*: Se especifica el tipo de sangre del empleado
- *Número de historia clínica*: Número de historia clínica asignada al empleado

Capacidades Especiales

- *Con Trab. Disc.*: Condición de trabajo del empleado con capacidades especiales
- *Porcentaje*: Porcentaje de discapacidad del empleado

-
- *Tipo:* Tipo de discapacidad: *Auditiva / Física / Intelectual / Psicológica / Lenguaje / Visual*
 - *Nro. Registro:* Número de registro del CONADIS
 - *Tipo ID Discapacitado:* Tipo ID *Cédula / Pasaporte / RUC / Otro*
 - *Nro. ID Discapacitado:* Número de ID del empleado, con capacidades especiales

Pestaña Antecedentes laborales

En esta pestaña, se registran los lugares o empresas donde ha trabajado el empleado y los riesgos ocupacionales, a los que ha estado expuesto.

HC Ocupacional



HC Ocupacional INTERMIX S.A

Exámenes Complementarios | Exámenes de Laboratorio | Conclusiones |
Datos | **Antecedentes Laborales** | Antecedentes Médicos | Antecedentes Reproductivos | Inmunización | Hábitos | Revisión actual del sistema | Examen Físico

Riesgos Ocupacionales

Empresa	Cargo	Tiempo	FACTORES FÍSICOS	FACTORES MECÁNICOS	FACTORES QUÍMICOS
EMPRESA UNO	UNO	12	1 - Temperatura elevada,		
*					

Record 1 of 1

Antecedentes Accidente Laboral

Fue calificado por	Fecha	Detalle
IESS	5/3/2020	Accidentes laborales
*		

Record 1 of 1

Enfermedades Laborables

Fue calificado por	Fecha	Observaciones
IESS	16/03/2021 0:00...	Tiene problemas en la mano derecha
*		

Record 1 of 1

RAS:

Riesgos Ocupacionales:

- **Empresa:** Organizaciones a las que el empleado pertenecía antes de ingresar a la organización actual.
- **Cargo:** Cargo desempeñado en las anteriores empresas
- **Tiempo:** Tiempo laborado en las anteriores empresas
- **Factores físicos:** Los siguientes campos o información, se deben seleccionar con un clic para que sean registrados en la Ficha HC-Pre Ocupacional. Los factores físicos a los que haya estado expuesto el empleado en trabajos anteriores, son información esencial a la hora de definir la incorporación a la organización de la persona, con el perfil adecuado para desarrollar las tareas requeridas.

<input checked="" type="checkbox"/>	1 - Temperatura elevada
<input type="checkbox"/>	2 - Temperatura baja
<input type="checkbox"/>	3 - Iluminación insuficiente
<input type="checkbox"/>	4 - Iluminación excesiva
<input type="checkbox"/>	5 - Ruido
<input type="checkbox"/>	6 - Vibración
<input type="checkbox"/>	7 - Radiaciones ionizantes
<input type="checkbox"/>	8 - Radiación no ionizante (UV, IR, electromagnética)
<input type="checkbox"/>	9 - Presiones anormales (presión atmosférica, altitud geográfica)
<input type="checkbox"/>	10 - Ventilación insuficiente (fallas en la renovación de aire)
<input type="checkbox"/>	11 - Manejo eléctrico

- *Factores mecánicos:* Conjunto de factores mecánicos a los que haya estado expuesto el empleado en trabajos anteriores, que pueden dar lugar a una lesión por la acción mecánica de elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar o materiales proyectados, sólidos o fluidos.

- 98 - Atrapamiento entre máquinas
- 99 - Atrapamiento entre superficies
- 100 - Atrapamiento entre objetos
- 101 - Contacto Eléctrico
- 102 - Proyección de partículas - fragmentos
- 103 - Proyección de fluidos
- 104 - Pinchazos
- 105 - Atropellamientos por vehículos
- 106 - Choques / Colisión vehicular
- 79 - CAIDA PERSONAS A MISMO NIVEL
- 80 - CAIDA DE PERSONAS ADISTINTO NIVEL
- 81 - CAIDA OBJETOS
- 82 - CONTACTO PARTES MOVILES DE EQUIPOS
- 83 - GOLPE CONTRA OBJETOS EN MOVIMIENTO
- 84 - ATRAPAMIENTOS
- 85 - CORTES
- 86 - EQUIPOS CON ALTA PRESION/ELÉCTRICAS
- 87 - MAQUINAS DEFECTUOSAS
- 88 - GOLPES CONTRA EQUIPOS Y ESTRUCTURAS
- 89 - GOLPES CON HERRAMIENTAS
- 90 - CONTACTO TERMICO POR FRIO
- 91 - ORDEN Y LIMPIEZA DEFICIENTES
- 92 - TRABAJO EN ESPACIO REDUCIDO
- 93 - PELIGRO VEHÍCULOS EN CIRCULACIÓN
- 94 - EXPLOSIONES
- 95 - INCENDIO
- 12 - Inadecuado
- 13 - Espacio fisico reducido
- 14 - Piso irregular. resbaladizo
- 15 - Obstáculos en el piso
- 16 - Desorden
- 17 - Maquinaria desprotegida
- 18 - Manejo de herramienta cortante y/o punzante
- 19 - Manejo de armas de fuego
- 20 - Circulación de maquinaria y vehiculos en áreas de trabajo
- 21 - Desplazamiento en transporte (terreste. aéreo. acuático)
- 22 - Transporte mecánico de cargas
- 23 - Trabajo a distinto nivel
- 24 - Trabajo subterráneo
- 25 - Trabajo en altura (desde 1.8 metros)
- 26 - Caída de objetos por derrumbamiento o desprendimiento
- 27 - Caída de objetos en manipulación
- 28 - Proyección de sólidos o líquidos
- 29 - Superficies o materiales calientes
- 30 - Trabajos de mantenimiento
- 31 - Trabajo en espacios confinados

- *Factores químicos:* Son propios de sectores industriales, en los que bien se trabaja con sustancias químicas, o se producen cantidades de contaminantes tóxicos para la salud de los trabajadores.

<input type="checkbox"/> 32 - Polvo orgánico
<input type="checkbox"/> 33 - Polvo inorgánico (mineral o metálico)
<input type="checkbox"/> 34 - Gases de (especificar)
<input type="checkbox"/> 35 - Vapores de.....(especificar)
<input type="checkbox"/> 36 - Nieblas de...(especificar)
<input type="checkbox"/> 37 - Aerosoles (especificar)
<input type="checkbox"/> 38 - Smog (contaminación ambiental)
<input type="checkbox"/> 39 - Manipulación de químicos (sólidos o líquidos) ... especificar
<input type="checkbox"/> 40 - Emisiones producidas por ... (especificar)
<input type="checkbox"/> 107 - Sólidos
<input type="checkbox"/> 108 - Humos
<input type="checkbox"/> 109 - Líquidos

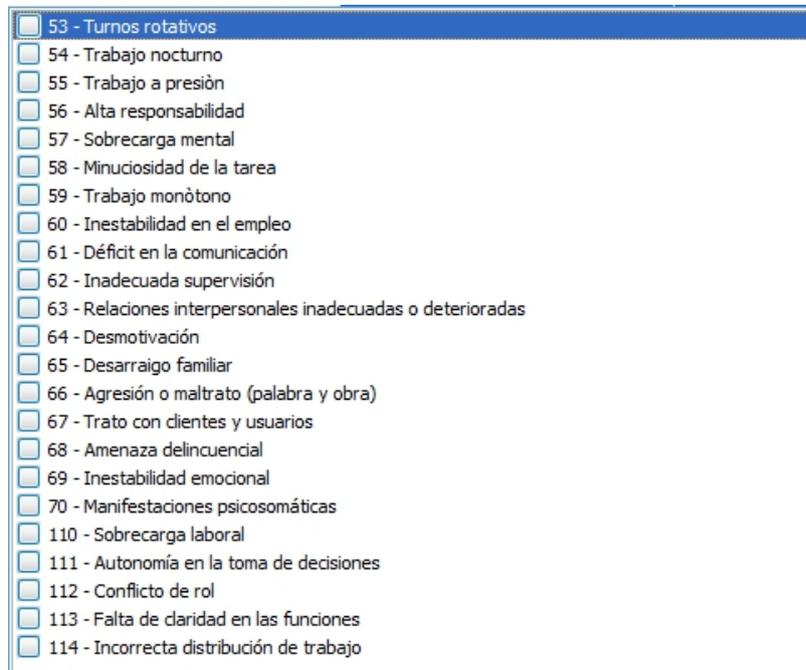
- *Factores biológicos:* Son organismos con un determinado ciclo de vida, que al penetrar en el hombre, determinan en él, un efecto adverso para su salud.

<input type="checkbox"/> 97 - Equipos médicos eléctricos
<input type="checkbox"/> 41 - Elementos en descomposición
<input type="checkbox"/> 42 - Animales peligrosos (salvajes o domésticos)
<input type="checkbox"/> 43 - Animales venenosos o posoñozos
<input type="checkbox"/> 44 - Presencia de vectores (roedores, moscas, cucarachas)
<input type="checkbox"/> 45 - Insalubridad - agentes biológicos (microorganismos, hongos, parásitos)
<input type="checkbox"/> 46 - Consumo de alimentos no garantizados
<input type="checkbox"/> 47 - Alergenos de origen vegetal o animal

- *Factores ergonómicos:* Son la probabilidad de desarrollar un trastorno musculoesquelético, debido (o incrementada) por el tipo e intensidad de actividad física, que se realiza en el trabajo.

<input type="checkbox"/> 96 - Fatiga visual o muscular
<input type="checkbox"/> 48 - Sobreesfuerzo físico
<input type="checkbox"/> 49 - Levantamiento manual de objetos
<input type="checkbox"/> 50 - Movimiento corporal repetitivo
<input type="checkbox"/> 51 - Posición forzada (de pie, sentada, encorvada, acostada)
<input type="checkbox"/> 52 - Uso inadecuado de pantallas de visualización PVDs

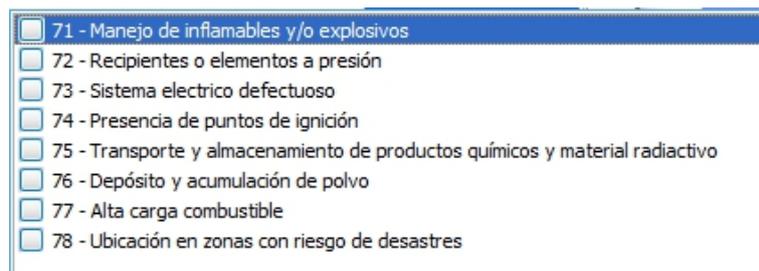
- **Factores psicosociales:** Hace referencia a las interacciones entre el contenido del trabajo, el medio ambiente en que se desarrolla y las condiciones de organización, por una parte; y las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, por otra parte; todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, el rendimiento y la satisfacción en el trabajo.



A screenshot of a software interface showing a list of 18 items, each with a checkbox. The items are:

- 53 - Turnos rotativos
- 54 - Trabajo nocturno
- 55 - Trabajo a presión
- 56 - Alta responsabilidad
- 57 - Sobrecarga mental
- 58 - Minuciosidad de la tarea
- 59 - Trabajo monótono
- 60 - Inestabilidad en el empleo
- 61 - Déficit en la comunicación
- 62 - Inadecuada supervisión
- 63 - Relaciones interpersonales inadecuadas o deterioradas
- 64 - Desmotivación
- 65 - Desarraigo familiar
- 66 - Agresión o maltrato (palabra y obra)
- 67 - Trato con clientes y usuarios
- 68 - Amenaza delincencial
- 69 - Inestabilidad emocional
- 70 - Manifestaciones psicósomáticas
- 110 - Sobrecarga laboral
- 111 - Autonomía en la toma de decisiones
- 112 - Conflicto de rol
- 113 - Falta de claridad en las funciones
- 114 - Incorrecta distribución de trabajo

- **Factores de riesgo de accidentes mayores (incendio-explósión-escape o derrame de sustancias):** Accidentes mayores a los que haya estado expuesto el empleado, en trabajos anteriores.



A screenshot of a software interface showing a list of 8 items, each with a checkbox. The items are:

- 71 - Manejo de inflamables y/o explosivos
- 72 - Recipientes o elementos a presión
- 73 - Sistema eléctrico defectuoso
- 74 - Presencia de puntos de ignición
- 75 - Transporte y almacenamiento de productos químicos y material radiactivo
- 76 - Depósito y acumulación de polvo
- 77 - Alta carga combustible
- 78 - Ubicación en zonas con riesgo de desastres

- **Medidas preventivas:** En este campo se indican las medidas preventivas, tomadas en la empresa que trabajó el empleado.

Antecedente accidente laboral:

Permite la descripción de cualquier accidente laboral sufrido en las empresas, que laboraba el empleado anteriormente:

- **Fue calificado por:** Este campo indica el organismo por el cual fue revisado el empleado: *IESS / Panamerican Life / Seguro Vida / Seguros Accidentes.*
- **Fecha:** Fecha en la cual el empleado tuvo el accidente de trabajo
- **Detalle:** Observaciones referentes al accidente de trabajo que tuvo el empleado

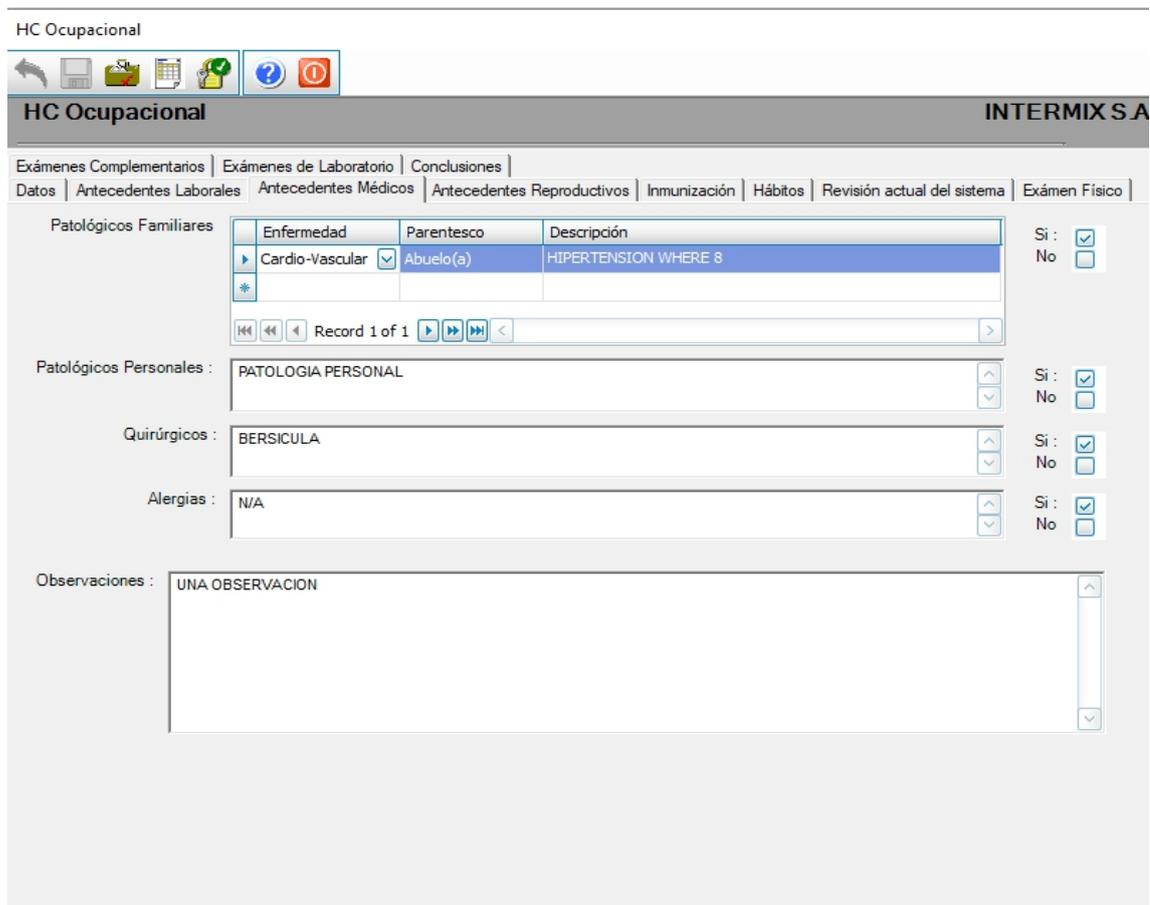
Enfermedades laborales:

Permite la descripción de cualquier enfermedad laboral ocasionada por el trabajo desempeñado en las empresas que laboraba anteriormente:

- *Fue calificado por:* Este campo indica el organismo por el cual fue revisado el empleado *IESS / Panamerican Life / Seguro Vida / Seguros Accidentes.*
- *Fecha:* Fecha en la cual el empleado tuvo la enfermedad profesional
- *Observaciones:* Detalles referentes a la enfermedad profesional que tuvo el empleado

Pestaña Antecedentes Médicos

Esta pestaña registra los antecedentes médicos familiares y personales:



HC Ocupacional

INTERMIX S.A

Exámenes Complementarios | Exámenes de Laboratorio | Conclusiones

Datos | Antecedentes Laborales | **Antecedentes Médicos** | Antecedentes Reproductivos | Inmunización | Hábitos | Revisión actual del sistema | Exámen Físico

Patológicos Familiares

Enfermedad	Parentesco	Descripción	Si : <input checked="" type="checkbox"/>	No : <input type="checkbox"/>
Cardio-Vascular	Abuelo(a)	HIPERTENSION WHERE 8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Record 1 of 1

Patológicos Personales : PATOLOGIA PERSONAL

Quirúrgicos : BERSICULA

Alergias : N/A

Observaciones : UNA OBSERVACION

- *Patológicos familiares:* Enfermedades que ha presentado el círculo familiar más cercano, como padres, abuelos, tíos.
 - *Enfermedad:* Tipo de enfermedad como, por ejemplo: *Cardio-Vascular / Metabólica / Neurológica / Oncológica*, etc.
 - *Parentesco:* Parentesco con un familiar cercano
 - *Descripción:* Observaciones adicionales en cuanto a patologías familiares
- *Patológicos personales:* Enfermedades presentadas por el empleado
- *Quirúrgicos:* Es el registro de cirugías realizadas al empleado
- *Alergias:* Registro de alergias a medicamentos, reacciones anafilácticas y alimenticias
- *Observaciones:* Detalles adicionales que se requiera indicar, acerca de antecedentes médicos.

Pestaña Antecedentes Reproductivos

HC Ocupacional

HC Ocupacional INTERMIX S.A

Exámenes Complementarios | Exámenes de Laboratorio | Conclusiones |

Datos | Antecedentes Laborales | Antecedentes Médicos | Antecedentes Reproductivos | Inmunización | Hábitos | Revisión actual del sistema | Examen Físico

Antecedentes Gineco Obstétricos

Ciclo Menstrual

Menarquía(Edad) : 0 Ciclo Menstrual : Regular Última Menstruación : 28/07/2018 0:00:00 Vida Sexual Activa : NO

Gestaciones

Gestaciones : 0 Partos : 0 Abortos : 0 Cesáreas : 0 Embarazos Ectópicos : 0

Exámenes realizados	SI/NO	Tiempo(Años)	Resultado
Papanicolaou	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	0	
Colposcopia	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	0	
Eco-Mamario	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	0	
Mamografía	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	0	

Record 1 of 4

Antecedentes Reproductivos Masculinos

Exámenes realizados	SI/NO	Tiempo(Años)	Resultado
Antígeno Prostático	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No		
Eco-Prostático	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No		

Record 1 of 2

Planificación

Planificación Familiar : NO

Método de Planificación : Ninguno

Hijos

Vivos : 0

Muertos : 0

Antecedentes Gineco – Obstétricos:

Ciclo Menstrual

- **Menarquía (Edad):** Edad de la primera menstruación de la empleado
- **Ciclo menstrual:** Irregular / Menopausia / Regular
- **Ultima Menstruación:** Fecha de la última menstruación del paciente
- **Vida sexual activa:** Si / No

Gestaciones

- **Gestaciones:** Número de gestaciones que ha tenido la paciente
- **Partos:** Número de partos registrados por la paciente
- **Abortos:** Número de abortos
- **Cesáreas:** Número de cesáreas
- **Embarazos Ectópicos:** Número de embarazos, cuando el óvulo fertilizado se implanta fuera del útero.

Detalle

- **Exámenes realizados:** Papanicolaou / Colposcopia / Eco-Mamario / Mamografía
- **Si / No:** En este campo se indica si la paciente se realizó el examen seleccionado
- **Tiempo (Años):** Hace qué tiempo se realizó el examen?
- **Resultado:** Resultados generados del examen realizado

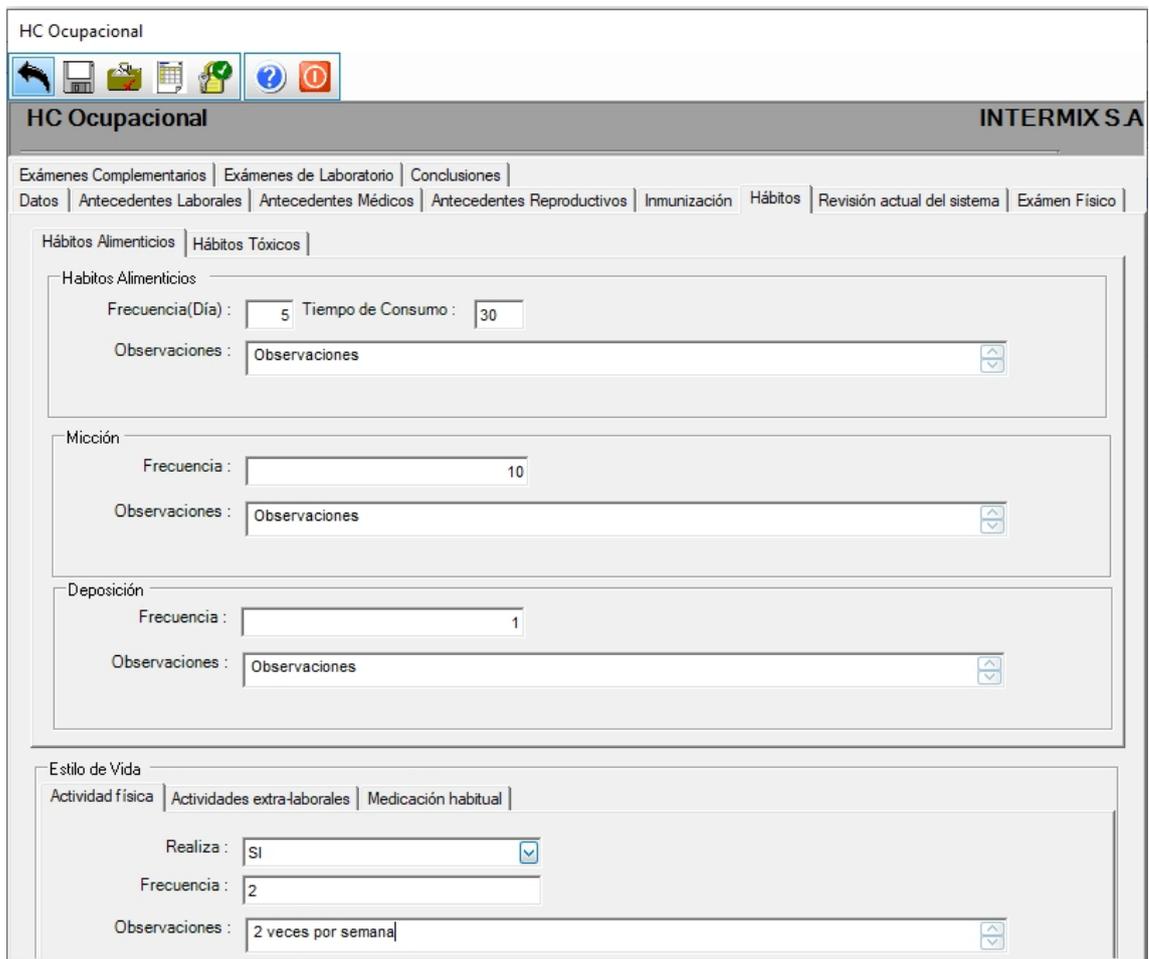
Antecedentes Reproductivos Masculinos

Inmunización

- *Vacuna:* Fiebre Amarilla / Fiebre Tifoidea / Hepatitis B / Influenza / Otras / Tétanos-Difteria.
- *Dosis:* Valor numérico que puede representar el número de dosis
- *Mes:* Mes en que el paciente accedió a la vacuna
- *Año:* Año en que el paciente accedió a la vacuna
- *Lote:* Número de lote de la vacuna
- *Responsable:* Nombre del responsable de colocar la vacuna
- *Establecimiento:* Entidad en donde se coloca la vacuna
- *Observación:* Comentarios adicionales referentes a la vacuna

Pestaña Hábitos

Hábitos que tiene el empleado:



HC Ocupacional

INTERMIX S.A.

Exámenes Complementarios | Exámenes de Laboratorio | Conclusiones |
Datos | Antecedentes Laborales | Antecedentes Médicos | Antecedentes Reproductivos | Inmunización | Hábitos | Revisión actual del sistema | Examen Físico

Hábitos Alimenticios | Hábitos Tóxicos

Hábitos Alimenticios

Frecuencia(Día) : 5 Tiempo de Consumo : 30

Observaciones : Observaciones

Micción

Frecuencia : 10

Observaciones : Observaciones

Deposición

Frecuencia : 1

Observaciones : Observaciones

Estilo de Vida

Actividad física | Actividades extra-laborales | Medicación habitual

Realiza : SI

Frecuencia : 2

Observaciones : 2 veces por semana

Hábitos alimenticios

- *Frecuencia (día):* Número de veces al día, en que se realiza la ingesta de alimentos
- *Tiempo de consumo:* Años o meses en que consume el alimento
- *Observaciones:* Detalles adicionales acerca de los hábitos alimenticios

Micción

- *Frecuencia*: Número de veces en que realiza la micción diariamente
- *Observaciones*: Detalles adicionales acerca de la micción

Deposición

- *Frecuencia*: Número de veces al día en realizar la deposición
- *Observaciones*: Detalles adicionales acerca de la deposición

Hábitos tóxicos

HC Ocupacional

HC Ocupacional INTERMIX S.A.

Exámenes Complementarios | Exámenes de Laboratorio | Conclusiones |
Datos | Antecedentes Laborales | Antecedentes Médicos | Antecedentes Reproductivos | Inmunización | Hábitos | Revisión actual del sistema | Examen Físico

Hábitos Alimenticios | Hábitos Tóxicos

Alcohol

Hábitos Tóxicos : NO Frecuencia de Consumo : Ninguno Años de Consumo : 1
Consumidor : No Consumidor Tiempo de abstinencia : 0
Incidencias : Incidencias

Cigarrillo/Tabaco/Pipa

Cigarrillo/Tabaco/Pipa : NO Consumo/ Día : Ninguno Años de Consumo : 1
Fumador : No Consumidor Tiempo de abstinencia : 0
Incidencias : Incidencias

Otras Sustancias Psicoactivas

Sustancias Psicoactivas NO Cuál : Frecuencia : Ninguno
Años de Consumo : Consumidor : Tiempo de abstinencia : 0
Incidencias : Incidencias

Estilo de Vida

Actividad física | Actividades extra-laborales | Medicación habitual

Realiza : SI
Frecuencia : 2
Observaciones : 2 veces por semana

Alcohol

- *Hábitos tóxicos*: Si / No
- *Consumidor*: Actual / Ex consumidor / No consumidor
- *Frecuencia de consumo*: Diario / Mensual / Ocasional / Quincenal / Semanal
- *Años de consumo*: Número de años en el caso de ser consumidor de alcohol
- *Tiempo de abstinencia*: Tiempo durante el cual el empleado no consume estas sustancias.
- *Incidencias*: Comentario adicional acerca del consumo de esta sustancia

Cigarrillo / Tabaco / Pipa

- *Cigarrillo / Tabaco / Pipa:* Si / No
- *Fumador:* Actual / Ex consumidor / No consumidor
- *Consumo / Día:* 11-15 / 1-5 / 6-10 / Más de 20 / Ocasional
- *Años de consumo:* Número de años en el caso de ser consumidor de Cigarrillo / Tabaco / Pipa.
- *Tiempo de abstinencia:* Tiempo durante el cual el empleado no consume estas sustancias.
- *Incidencias:* Comentario adicional acerca del consumo de esta sustancia

Otras sustancias psicoactivas:

- *Otras sustancias psicoactivas:* Si / No
- *Cuál:* Nombre de la sustancia psicoactiva
- *Frecuencia:* Número diario de ingesta de la sustancia psicoactiva
- *Años de consumo:* Número de años en el caso de ser consumidor de sustancia psicoactiva.
- *Consumidor:* Tipo de consumidor *Actual / Ex consumidor / No consumidor*
- *Tiempo de abstinencia:* Tiempo durante el cual el empleado no consume estas sustancias.
- *Incidencias:* Comentario adicional acerca del consumo de esta sustancia

Estilo de Vida

Actividad física

- *Realiza:* Si / No
- *Frecuencia:* Número de días a la semana que realiza actividad física
- *Observaciones:* Detalles adicionales acerca de la actividad física

Actividades extra-laborales

Actividades que el empleado realiza, extra laboralmente.

Medicación habitual

- *Medicamento:* Nombre del medicamento que el empleado utiliza por alguna enfermedad actual.
- *Cantidad:* Dosis que el empleado utiliza
- *Tiempo:* Tiempo durante el cual el empleado consume esta medicación

Pestaña revisión actual del sistema

Información del estado de salud actual del paciente

HC Ocupacional

INTERMIX SA

Exámenes Complementarios | Exámenes de Laboratorio | Conclusiones |

Datos | Antecedentes Laborales | Antecedentes Médicos | Antecedentes Reproductivos | Inmunización | Hábitos | **Revisión actual del sistema** | Examen Físico

Genito Urinario SI/NO <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Otro <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Disminución Calibre <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No NC - Interna <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ND - Interna <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Disuria <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No 	Dermatológico SI/NO <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Otro <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Hiperhidrosis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Brote <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Sequedad <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Prurito <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No 	Digestivo SI/NO <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Otro <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Dispepsia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Dolor Abdominal <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Epigastria <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Estreñimiento <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Cardiovascular SI/NO <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Otro <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Dolor Precordial <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Lipotimia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Palpitaciones <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Sincope <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No 	Neurológico SI/NO <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Otro <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Cefalea <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Alteración Memoria <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Alteración Motora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Alteración del Su... <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No 	Osteomuscular SI/NO <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Otro <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Cervicalgia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Dorsalgia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Lumbalgia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Ocular SI/NO <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Otro <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Ardor/Prurito <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Cansancio <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Visión Borrosa <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Lagrimo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No 	ORL SI/NO <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Otro <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Disfonia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Epistaxis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Hipoacusia Subje... <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Obstrucción Nasal <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No 	Osteomuscula... SI/NO <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Otro <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Artralgias <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Tendinitis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Limitación Funcional <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Parestesias/Dise... <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Respiratorio SI/NO <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Otro <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Tos <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Dolor Torácico <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Expectoración <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No 		

Genito Urinario

- **Otro:** Otro diagnóstico
- **Disminución Calibre:** Disminución del chorro miccional
- **NC-Interna:** Exploración física del aparato genitourinario
- **ND-Interna:** Exploración del aparato urinario
- **Disuria:** Si / No, dolor al miccionar
- **Hematuria:** Si / No, sangre al miccionar
- **Trastornos del ciclo menstrual:** Si / No
- **Nicturia:** Si / No, expulsión involuntaria de orina durante la noche
- **Polaquiuria:** Si / No, aumento de micciones
- **Tenesmo vesical:** Si / No, deseo imperioso de miccionar

Dermatológico

- **Otro:** Otro diagnóstico
- **Hiperhidrosis:** Si / No, sudoración excesiva generalmente en las palmas de las manos
- **Brote:** Si / No, inflamación cutánea
- **Sequedad:** Si / No, falta de humedad cutánea
- **Prurito:** Si / No, comezón que se siente en todo el cuerpo y la necesidad de rascarse
- **Descamación:** Si / No, pérdida de capa externa de la piel

-
- *Eritema*: Si / No, trastorno de la piel que se produce cuando hay un exceso de riego sanguíneo por vasodilatación.

Digestivo

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Dispepsia*: Si / No, dolor o molestia en la zona alta del abdomen
- *Dolor abdominal*: Si / No, molestia o dolor en el área abdominal en general
- *Epigastralgia*: Si / No, sensación de molestia y dolor en la boca del estómago
- *Estreñimiento*: Si / No, alteración del intestino que consiste en una excesiva retención de agua y el consiguiente endurecimiento de las heces.
- *Diarrea*: Si / No, la diarrea es la evacuación intestinal de heces flojas y líquidas, tres o más veces al día.
- *Sangrado*: Si / No, sangrado en el intestino

Cardiovascular

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Dolor Precordial*: Si / No, dolor en el pecho
- *Lipotimia*: Si / No, pérdida repentina y pasajera del conocimiento, producido por la falta de riego sanguíneo en el cerebro.
- *Palpitaciones*: Si / No, sensaciones que representan un ritmo cardíaco anormal
- *Sincope*: Si / No, es una pérdida brusca y temporal de la conciencia y del tono postural, de duración breve y con recuperación espontánea.
- *Disnea*: Si / No, sensación de falta de aire

Neurológico

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Cefalea*: Si / No, dolor de cabeza intenso y persistente
- *Alteración Memoria*: Si / No, pérdida de memoria
- *Alteración Motora*: Si / No, alteración en el tono muscular, postura y la marcha
- *Alteración del Sueño*: Si / No, alteraciones del sueño
- *Vértigo*: Si / No, sensación de movimiento o giros que a menudo se describe como mareo.

Osteomuscular

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Cervicalgia*: Si / No, dolor en la región de la columna – cervical – cuello
- *Dorsalgia*: Si / No, dolor en la zona dorsal de la espalda, que se encuentra en la zona de los omoplatos.
- *Lumbalgia*: Si / No, dolor causado por una lesión en un músculo (distensión) o ligamento (esguince).

Ocular

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Ardor / Prurito*: Si / No, comezón o ardor ocular
- *Cansancio*: Si / No, debido al uso intenso de los ojos
- *Visión borrosa*: Si / No, pérdida de la agudeza visual
- *Lagrimo*: Si / No, lagrimeo excesivo de los ojos
- *Ojo Rojo*: Si / No, causado por alguna infección o cuerpo extraño

ORL

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Disfonía*: Si / No, transformación de la fonación, debido a cambios en las cuerdas vocales
- *Epistaxis*: Si / No, sangrado nasal
- *Hipoacusia Subjetiva*: Si / No, sordera súbita
- *Obstrucción nasal*: Si / No, cornetes agrandados, adenoides agrandadas
- *Rinorrea*: Si / No, nariz congestionada o tapada se produce cuando los tejidos que la recubren se hinchan.

Osteomusculares

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Artralgias*: Si / No, dolor en las articulaciones
- *Tendinitis*: Si / No, lesión de un tendón, caracterizado por la inflamación, irritación o hinchazón del mismo.
- *Limitación funcional*: Si / No, limitación funcional de los músculos
- *Parestesias / Disestesias*: Si / No, las disestesias son sensaciones desagradables o anormales, con o sin estímulos presentes, mientras que las parestesias son sensaciones anormales, sin estímulo previo, descritas como “hormigueos” o “miembro dormido”.

Respiratorio

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Tos*: Si / No, reflejo que mantiene despejada la garganta y las vías respiratorias
- *Dolor torácico*: Si / No, dolor o molestia anómala localizada en el tórax, entre el diafragma y la base del cuello.
- *Expectoración*: Si / No, expulsión mediante la tos o el carraspeo de las flemas u otras secreciones formadas en las vías respiratorias.

Pestaña Examen físico

Resultado de los exámenes físicos y revisión visuales (tensión arterial, talla, peso, índice de masa corporal, etc.). Agrega características normales o alteraciones (piel, cabeza, ojos, oídos, etc.)

HC Ocupacional

HC Pre-ocupacional INTERMIX S.A

Datos | Antecedentes Laborales | Antecedentes Médicos | Antecedentes Reproductivos | Inmunización | Hábitos | Revisión actual del sistema

Examen Físico | Exámenes Complementarios | Exámenes de Laboratorio | Conclusiones

Tensión Arterial (mm Hg):	<input type="text" value="120"/>	Índice de Masa Corp. (ICM):	<input type="text" value="23,629..."/>	Frecuencia Cardíaca (x min.):	<input type="text" value="1"/>
Talla(m):	<input type="text" value="1,840000"/>	Interpretación IMC:	<input type="text" value="Normal"/>	Frecuencia Respiratoria (x min):	<input type="text" value="111"/>
Peso (Kg):	<input type="text" value="80,00000"/>	Temperatura(°C):	<input type="text" value="32"/>	Lateralidad:	<input type="text" value="Diestro"/>

Piel:	<input type="text" value="PIEL"/>	Normal:	<input type="checkbox"/>	Torax:	<input type="text" value="TORAZ"/>	Normal:	<input type="checkbox"/>
		Alterado:	<input checked="" type="checkbox"/>			Alterado:	<input checked="" type="checkbox"/>
Cabeza:	<input type="text" value="CABEZA"/>	Normal:	<input type="checkbox"/>	Abdomen:	<input type="text" value="ABDOMEN"/>	Normal:	<input type="checkbox"/>
		Alterado:	<input checked="" type="checkbox"/>			Alterado:	<input checked="" type="checkbox"/>
Ojos:	<input type="text" value="OJOS"/>	Normal:	<input type="checkbox"/>	Espalda:	<input type="text" value="ESPALDA"/>	Normal:	<input type="checkbox"/>
		Alterado:	<input checked="" type="checkbox"/>			Alterado:	<input checked="" type="checkbox"/>
Oído:	<input type="text" value="OIDO"/>	Normal:	<input type="checkbox"/>	Extremidades:	<input type="text" value="EXTEM"/>	Normal:	<input type="checkbox"/>
		Alterado:	<input checked="" type="checkbox"/>			Alterado:	<input checked="" type="checkbox"/>
Nariz:	<input type="text" value="NARIZ"/>	Normal:	<input type="checkbox"/>	Reg. Genital:	<input type="text" value="GENITAL"/>	Normal:	<input type="checkbox"/>
		Alterado:	<input checked="" type="checkbox"/>			Alterado:	<input checked="" type="checkbox"/>
Boca:	<input type="text" value="BOCA"/>	Normal:	<input type="checkbox"/>	Neurológico:	<input type="text" value="NEORAL"/>	Normal:	<input type="checkbox"/>
		Alterado:	<input checked="" type="checkbox"/>			Alterado:	<input checked="" type="checkbox"/>
Cuello:	<input type="text" value="CUELLO"/>	Normal:	<input type="checkbox"/>			Alterado:	<input checked="" type="checkbox"/>
		Alterado:	<input checked="" type="checkbox"/>				

- *Tensión Arterial (mm /Hg)*: Valor numérico de la presión arterial, medida en milímetros de mercurio.
- *Talla (m)*: Valor numérico de la talla del empleado o paciente en unidad metros
- *Peso (kg)*: Valor numérico del peso en unidad kilogramos
- *Índice de Masa Corp. (ICM)*: Valor calculado automáticamente
- *Interpretación IMC*: Bajo peso / Normal / Obesidad 1 / Obesidad 2 / Obesidad 3 / Sobre peso.
- *Temperatura (°C)*: Temperatura corporal en unidad de grados centígrados
- *Frecuencia cardíaca (x min.)*: Valor numérico cantidad de veces que el corazón late por minuto.
- *Frecuencia Respiratoria (x min.)*: Valor numérico del número de respiraciones por minuto
- *Lateralidad*: Ambidiestro / Diestro / Zurdo

Los siguientes campos son abiertos, y se registran a modo de observaciones, pudiendo tener dos estados: normal o alterado:

- *Piel*: Estado visual, físico o características de la piel
- *Cabeza*: Estado visual, físico o características de la cabeza

- *Ojos:* Estado visual, físico o características de los ojos
- *Oído:* Estado visual, físico o características del oído
- *Nariz:* Estado visual, físico o características de nariz
- *Boca:* Estado visual, físico o características de la boca
- *Cuello:* Estado visual, físico o características del cuello
- *Tórax:* Estado visual, físico o características del Tórax
- *Abdomen:* Estado visual, físico de la zona abdominal
- *Espalda:* Estado visual, físico o características, simetría de la espalda
- *Extremidades:* Estado visual, físico, simetría de las extremidades superiores e inferiores
- *Reg. Genital:* Estado visual, físico o características de la zona genital
- *Neurológico:* Estado mental o situación psicológica

Pestaña Exámenes Complementarios

Se registra información de los resultados de exámenes de radiografía, audiométricos, visual y especiales.

HC Ocupacional

INTERMIX S.A

Datos | Antecedentes Laborales | Antecedentes Médicos | Antecedentes Reproductivos | Inmunización | Hábitos | Revisión actual del sistema | Examen Físico | Exámenes Complementarios | Exámenes de Laboratorio | Conclusiones |

Examen de Imagen

Examen	Región	Normal	Fecha	Observaciones
▶ Ecografía	TORAX	SI	1/8/2018	OBS
*				

Exámenes Audiométricos

Fecha	Resultado Oído Derecho	Resultado Oído Izquierdo
▶ 1/8/2018	Normal	Normal
*		

Examen Visual

Examen	Fecha	Resultado Ojo derecho	Resultado Ojo Izquierdo
▶ Oftalmología	1/8/2018	Normal	Normal
*			

Exámenes Especiales

Detalle	Fecha	Normal	Observaciones
▶ ASDSAD	1/8/2018	SI	DSDAD
*			

Examen de Imagen

- *Examen:* Ecografía / Radiografía / Resonancia magnética / Tomografía
- *Región:* Lugar del cuerpo del examen de imagen
- *Normal:* Si / No
- *Fecha:* Fecha de realización del examen
- *Observaciones:* Detalles adicionales en cuanto a los exámenes de imagen

Exámenes Audiométricos

- *Fecha:* Fecha de realización del examen
- *Resultado Oído Derecho:* Hipoacusia grave / Hipoacusia leve / Hipoacusia moderada / Hipoacusia neurosensorial / Hipoacusia obstructiva / Normal.
- *Resultado Oído Izquierdo:* Hipoacusia grave / Hipoacusia leve / Hipoacusia moderada / Hipoacusia neurosensorial / Hipoacusia obstructiva / Normal.

Examen Visual

- *Examen:* Oftalmología / Optometría / Visiometría
- *Fecha:* Fecha de realización del examen
- *Resultado Ojo Derecho:* Astigmatismo / Catarata / Desprendimiento de retina / Hipermetropía / Keratocono / Miopía / Normal / Otro / Pterigium.
- *Resultado Ojo Izquierdo:* Astigmatismo / Catarata / Desprendimiento de retina / Hipermetropía / Keratocono / Miopía / Normal / Otro / Pterigium.

Exámenes especiales

- *Detalle:* Especificaciones o nombre del examen realizado
- *Fecha:* Fecha de realización del examen
- *Normal:* Si / No
- *Observaciones:* Detalles adicionales en cuanto a los exámenes especiales

Pestaña Exámenes de laboratorio

Resultado de los exámenes de laboratorio específicos

HC Ocupacional

HC Pre-ocupacional INTERMIX SA

Datos | Antecedentes Laborales | Antecedentes Médicos | Antecedentes Reproductivos | Inmunización | Hábitos | Revisión actual del sistema |
Examen Físico | Exámenes Complementarios | Exámenes de Laboratorio | Conclusiones |

Exámenes de Laboratorio

Examen	Normal	Fecha	Observaciones
▶ Glucosa	SI	27/02/2020	
*			

Record 1 of 1

- *Examen:* Acido úrico / Biometría hemática / Colesterol total / Coprológico / Coproparasitario / Creatinina / Glucosa / HDL / LDL / Triglicéridos / Urea / Uroanálisis (EMO) / VDRL.
- *Normal:* Si / No
- *Fecha:* Fecha de realización del examen
- *Observaciones:* Detalles adicionales en cuanto a los exámenes de laboratorio

Pestaña Conclusiones

Información indicando tratamiento, recomendaciones y sí es apto o no, para trabajar bajo determinadas condiciones.

HC Ocupacional



HC Ocupacional INTERMIX S.A

[Datos](#) | [Antecedentes Laborales](#) | [Antecedentes Médicos](#) | [Antecedentes Reproductivos](#) | [Inmunización](#) | [Hábitos](#) | [Revisión actual del sistema](#) | [Exámen Físico](#) | [Exámenes Complementarios](#) | [Exámenes de Laboratorio](#) | [Conclusiones](#)

Impresión Diagnóstica :

Tratamiento :

Recomendaciones :

Aptitud Laboral

Fecha :

Sospecha Enfermedad Profesional : <input type="checkbox"/>	Detalle : <input type="text" value="Sospecha enfermedad profesional"/>
Apto con Limitaciones : <input type="checkbox"/>	Detalle : <input type="text" value="apto con limitaciones"/>
Referencia Especialidad : <input type="checkbox"/>	Detalle : <input type="text" value="referencia especialidad"/>
Reubicación Laboral : <input type="checkbox"/>	Detalle : <input type="text" value="reubicación laboral"/>
Reasignación de Tareas : <input type="checkbox"/>	Detalle : <input type="text" value="reasignación de tareas"/>

- *Impresión Diagnóstica:* Es el medio para encausar las pruebas diagnósticas posteriores a realizar, por el respectivo especialista.
- *Tratamiento:* Pasos a seguir para mejorar las condiciones de salud o el tratamiento de alguna enfermedad o dolencia.
- *Recomendaciones:* Sugerencias para mejorar la salud del paciente o empleado

Aptitud Laboral

- *Fecha:* Fecha de las conclusiones o al terminar la ficha Pre – Ocupacional
- *Sospecha Enfermedad Profesional:* Se indica las condiciones o las razones de una posible enfermedad profesional.
- *Apto con Limitaciones:* Se puede aceptar laboralmente o ser considerado apto para trabajar dentro de la organización, pero con limitaciones para determinadas áreas o funciones.
- *Referencia Especialidad:* Cuando se ha considerado la opinión de un especialista o se deriva hacia un especialista médico, de acuerdo al área más vulnerable.
- *Reubicación Laboral:* Este campo indica la reubicación laboral del colaborador
- *Reasignación de Tareas:* Se indica cuando es reasignado a otras funciones de las inicialmente contratadas, debido a las características o condiciones de salud del paciente o empleado.

Botones principales



Funciones cargo

Este botón permite visualizar las funciones del cargo del empleado, al cual se está analizando la ficha Pre – Ocupacional.

Cargo Funciones



Cargo Funciones **INTERMIX S.A**

Función	Tipo	De
Asistir en las actividades administrativas y de oficina del área	Primaria	
Realizar reportes de gastos	Primaria	
Procesar información de soporte para las diversas funciones del departamento	Primaria	

Record 1 of 3

- *Función:* Funciones definidas en el cargo que el colaborador desempeña dentro de la empresa.
- *Tipo:* Tipo de función
- *Descripción:* Detalles adicionales acerca de las funciones del colaborador



Imprimir Historia Clínica

Este botón permite imprimir la HC Pre – Ocupacional del empleado, al cual se está analizando

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO - EMPRESA Y USUARIO														
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA O NOMBRE DE LA EMPRESA			RUC	CEU	ESTABLECIMIENTO DE SALUD			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA			NÚMERO DE ARCHIVO			
INTERMIX S.A					DEPARTAMENTO MÉDICO						3			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	EDAD (AÑOS)	RELIGIÓN			GRUPO SANGUÍNEO	LATERALIDAD
								F	46	<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangelista <input type="checkbox"/> Espiritista <input type="checkbox"/> Islamita <input type="checkbox"/> Judaica <input checked="" type="checkbox"/> Otra			A-	Destro
ORIENTACIÓN SEXUAL		IDENTIDAD DE GÉNERO		DISCAPACIDAD		FECHA DE INGRESO AL TRABAJO (AAAA/MM/DD)		PUESTO DE TRABAJO (C/CO)	ÁREA DE TRABAJO	ACTIVIDADES RELEVANTES AL PUESTO DE TRABAJO A OCUPAR				
<input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Transgénero <input checked="" type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		2015/12/01		Contador General	Desarrollo de Sistemas	Asistir en las actividades administrativas y de oficina del área				

B. MOTIVO DE CONSULTA		ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE
Descripción		
Evaluación médica ocupacional para el ingreso al puesto de trabajo		

C. ANTECEDENTES PERSONALES													
ANTECEDENTES CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS													
Descripción													
UNA PATOLOGÍA PERSONAL AL FRÍO QUISTES EN EL ÚTERO													
ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS													
MENARQUÍA	CICLOS	FECHA DE LA ÚLTIMA MESTRUCUACIÓN (AAAA/MM/DD)	GESTAS	PARTOS	CESÁREAS	ABORTOS	HIJOS		VIDA SEXUAL ACTIVA		MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR		
13	Regular	2019-07-31	1	1	0	0	VIVOS	MUERTOS	SI	NO	SI	NO	TIPO
							1	0			X	X	Implantes Subdermicos
EXÁMENES REALIZADOS		SI	NO	TIEMPO (años)	RESULTADO	EXÁMENES REALIZADOS		SI	NO	TIEMPO (años)	RESULTADO		
PAPANICOLAOU		X		1	NORMAL	ECO MAMARIO		X		1	UN POCO MENOS NORMAL		
COLPOSCOPIA						MAMOGRAFIA							
ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS MASCULINOS													
EXÁMENES REALIZADOS		SI	NO	TIEMPO (años)	RESULTADO	MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR		HIJOS					
ANTIGENO PROSTÁTICO						TIPO		VIVOS		MUERTOS			
ECO PROSTÁTICO													
HÁBITOS TÓXICOS													
CONSUMOS NOCIVOS		SI	NO	TIEMPO DE CONSUMO (meses)	CANTIDAD	EX CONSUMIDOR	TIEMPO DE ABSTINENCIA (meses)	ESTILO	SI	NO	¿CUÁL?	TIEMPO / CANTIDAD	
TABACO			X	0,00	Ninguno			ACTIVIDAD FÍSICA	X		veces por semana	Tiempo (días) 3	
ALCOHOL			X	60,00	Diario			MEDICACIÓN HABITUAL			GOMITAS MULTIVITAMINICAS	Cantidad (unidades) 2	
OTRAS DROGAS:			X	0,00	Ninguno								

D. ANTECEDENTES DEL TRABAJO											
ANTECEDENTES DE EMPLEOS ANTERIORES											
EMPRESA	PUESTO DE TRABAJO	ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑABA			TIEMPO DE TRABAJO (meses)	RIESGO				OBSERVACIONES	
empresa1	cargo1	cargo1			60	FÍSICO	MECÁNICO	QUÍMICO	BIOLOGICO	PSICOLÓGICO	
						X	X	X	X	X	



Cerrar hoja de Vida

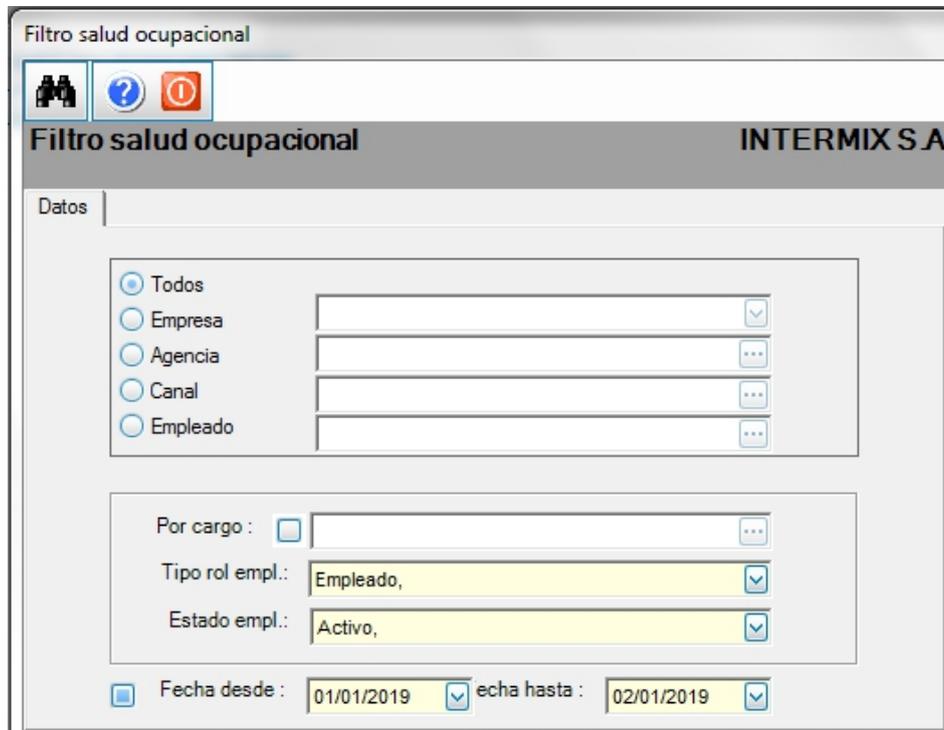
Este botón permite cerrar la valoración médica pre-ocupacional, sin permitir la modificación en lo posterior.

HC Ocupacional

Esta Historia Clínica (HC) o ficha, es el seguimiento médico periódico, realizado al empleado mientras se encuentra vinculado con la organización.

Filtro

El filtro permite delimitar la búsqueda de información:



- *Todos*: Este filtro permite consultar todos los empleados de la empresa
- *Empresa*: Permite seleccionar la empresa a consultar
- *Agencia*: Permite seleccionar la agencia a consultar
- *Canal*: Canal o lugar de trabajo que se requiere consultar
- *Empleado*: Este campo permite realizar una búsqueda específica por nombre o identificación
- *Por cargo*: Permite realizar la búsqueda por cargo
- *Tipo rol empl.*: Este campo permite realizar la búsqueda por tipo de rol Empleado / Tercerizado / Eventual / Temporada, etc.
- *Estado empl.*: Este campo permite realizar la búsqueda por estado del empleado Inactivo / Activo / Pendiente / Temporalmente inactivo.
- *Fecha desde – Hasta*: Contiene el rango de fechas de la ficha que se requiere consultar

Visor múltiple

El visor múltiple presenta la información de los empleados que tienen ficha Ocupacional



The screenshot shows a software interface for viewing occupational health records. At the top, there is a toolbar with various icons. Below the toolbar, the title "HC Ocupacional" is displayed. A sub-header "Arrastre una columna para agrupar" is visible. The main area contains a table with the following data:

Secu...	Empresa	Tipo Id.	Identifica...	Nombres	Cargo	Est.Ficha	Fecha.Conclu...	Diagnóstico	Tratamiento
204	INTERMIX S.A	Cédula	1727494369	ZAMBRANO NARVAEZ DARIO LEONARDO	Cajero / Semi Senior / fffff / edrferer	Solicitado	13/11/2020	COLESTEROL ALTO	CAMINAR 30 MINUTOS CADA DÍA

- *Secuencial*: Número generado automáticamente por el sistema
- *Empresa*: Empresa a la que pertenece el empleado
- *Tipo Id*: Tipo de identificación del empleado Cédula / Pasaporte
- *Identificación*: Número de identificación del empleado
- *Nombres*: Apellidos y nombres del empleado
- *Cargo*: Cargo que desempeña el empleado dentro de la empresa
- *Est. Ficha*: Estado de la ficha HC Ocupacional *Solicitado* / *Cerrado*
- *Fecha Conclusión*: Fecha en la que fue cerrada la HC Ocupacional
- *Diagnóstico*: Diagnóstico registrado en la ficha HC Ocupacional
- *Tratamiento*: Tratamiento registrado en la ficha de HC Ocupacional

Botones principales



Archivos pdf

Este botón permite cargar archivos en formato pdf desde el Pictor. Para utilizar esta opción, es necesario que se encuentre instalado el módulo de *Gestión de Documentos*, ya que mediante este módulo, es posible la configuración de documentos que se van a capturar.

Pestaña Datos

Dentro de esta pestaña, el campo *Tipo documento*, visualiza todos los documentos asignados a la carpeta *DOCUMENTOS DE SALUD OCUPACIONAL*.

La definición de documentos puede cambiar de acuerdo al requerimiento de cada cliente

Imagen

Imagen INTERMIX S.A

Datos | Captura archivo

Carpeta : DOCUMENTOS DE SALUD OCUPACIONAL

Tipo documento : VACUNACIÓN Hepatitis A

Carpeta claves :

Nombre	Clave
HCEM CODIGO	126
GENE CODIGO	536

Record 1 of 2

Documentos claves :

Nombre	Clave
HCEM CODIGO	126
GENE IDENTIFICACION	1307838050

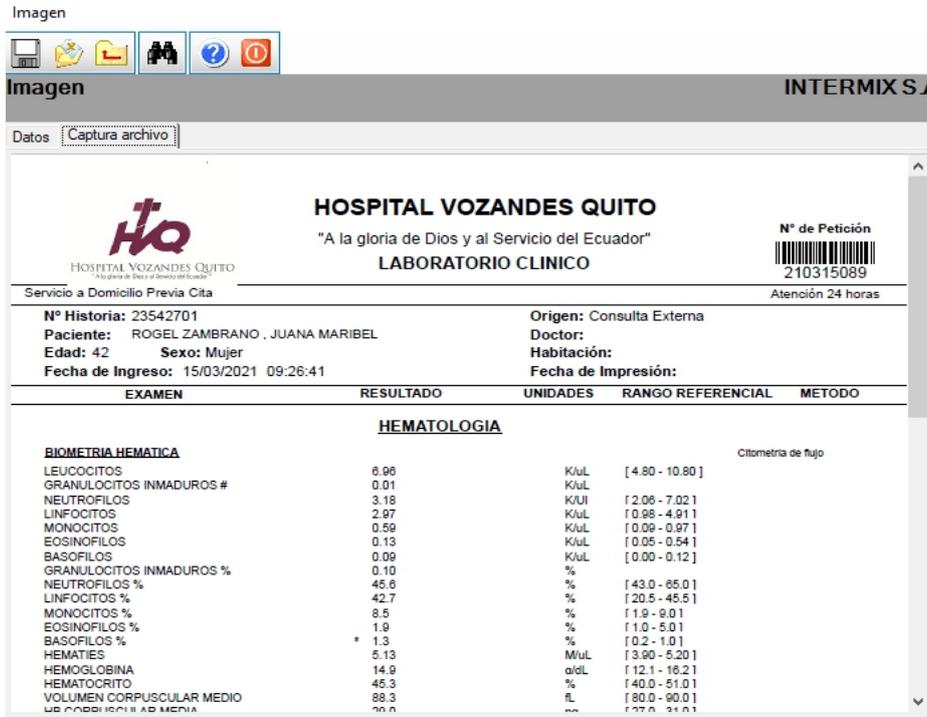
Record 1 of 2

Luego de lo cual, con el botón Pdf , se indica la ruta en el *Explorador de Windows*, en donde se encuentra el archivo en formato pdf, que se va a cargar.

Pestaña Captura archivo

Dentro de esta pestaña se visualiza el archivo en formato pdf, de acuerdo a la selección del usuario, se carga en la pestaña Datos.

Imagen



HOSPITAL VOZANDES QUITO
"A la gloria de Dios y al Servicio del Ecuador"
LABORATORIO CLINICO

N° de Petición: 210315089

Servicio a Domicilio Previa Cita Atención 24 horas

N° Historia: 23542701 Origen: Consulta Externa
 Paciente: ROGEL ZAMBRANO , JUANA MARIBEL Doctor:
 Edad: 42 Sexo: Mujer Habitación:
 Fecha de Ingreso: 15/03/2021 09:26:41 Fecha de Impresión:

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	RANGO REFERENCIAL	METODO
HEMATOLOGIA				
BIOMETRIA HEMATICA				
LEUCOCITOS	6.96	K/uL	[4.80 - 10.80]	Citometria de flujo
GRANULOCITOS INMADUROS #	0.01	K/uL		
NEUTROFILOS	3.18	K/uL	[2.06 - 7.02]	
LINFOCITOS	2.97	K/uL	[0.98 - 4.91]	
MONOCITOS	0.59	K/uL	[0.09 - 0.97]	
EOSINOFILOS	0.13	K/uL	[0.05 - 0.54]	
BASOFILOS	0.09	K/uL	[0.00 - 0.12]	
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.10	%		
NEUTROFILOS %	45.6	%	[43.0 - 65.0]	
LINFOCITOS %	42.7	%	[20.5 - 45.5]	
MONOCITOS %	8.5	%	[1.9 - 9.0]	
EOSINOFILOS %	1.9	%	[1.0 - 5.0]	
BASOFILOS %	1.3	%	[0.2 - 1.0]	
HEMATIES	5.13	M/uL	[3.90 - 5.20]	
HEMOGLOBINA	14.9	g/dL	[12.1 - 16.2]	
HEMATOCRITO	45.3	%	[40.0 - 51.0]	
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	88.3	fL	[80.0 - 90.0]	
DE COEFICIENTE DE VARIACION	20.0	%	[17.0 - 24.0]	

Finalmente se hace clic en el botón *Grabar*, para que este archivo en formato pdf se pueda almacenar en la carpeta configurada con esta finalidad.

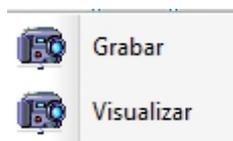


Archivos pdf

Este botón permite cargar archivos en formato pdf mediante E-business. Para esta opción es necesario que los archivos a cargar se encuentren configurados y asignados a la pantalla donde se va a producir la carga.

La configuración se realiza en el módulo de *Consola* menú *Imágenes* opción *Documentos por pantalla*.

Las siguientes opciones, se presentan para realizar el proceso de captura:



- Desde la opción **Grabar**, se carga el archivo relacionado al examen que se indica, seleccionando el campo *Tipo archivo*

Modificar entrega






Modificar entrega **INTERMIX SA**

Datos

Tipo archivo :



Luego se hace clic en el botón *Cargar archivo*, que nos lleva a la ruta en el *Explorador de Windows*, en donde se encuentra el examen en formato pdf, que se va a cargar y se visualiza la imagen del examen.

Modificar entrega






Modificar entrega **INTERMIX SA**

Datos

Tipo archivo :



HOSPITAL VOZANDES QUITO
"A la gloria de Dios y al Servicio del Ecuador"
LABORATORIO CLINICO

N° Historia: 23542701

Paciente: ROGEL ZAMBRANO, JUANA MARIBEL

Edad: 42 Sexo: Mujer

Fecha de Ingreso: 15/03/2021 09:26:41

Origen: Consulta Externa

Doctor:

Habitación:

Fecha de Impresión:

N° de Petición
210315089

Atención 24 horas

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	RANGO REFERENCIAL	METODO
HEMATOLOGIA				
<i>Citometria de flujo</i>				
BIOMETRIA HEMATICA				
LEUCOCITOS	6.96	KUL	[4.80 - 10.80]	
GRANULOCITOS INMADUROS #	0.01	KUL		
NEUTROFILOS	3.18	KUJ	[2.05 - 7.02]	
LINFOCITOS	2.97	KUL	[0.96 - 4.91]	
MONOCITOS	0.59	KUL	[0.09 - 0.97]	
EOSINOFILOS	0.13	KUL	[0.05 - 0.54]	
BASOFILOS	0.09	KUL	[0.00 - 0.12]	
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.10	%		
NEUTROFILOS %	45.6	%	[43.0 - 66.0]	
LINFOCITOS %	42.7	%	[20.5 - 45.5]	
MONOCITOS %	6.5	%	[1.9 - 9.0]	
EOSINOFILOS %	1.9	%	[1.0 - 5.0]	
BASOFILOS %	1.3	%	[0.2 - 1.0]	
HEMATIES	5.13	MUL	[3.90 - 5.20]	
HEMOGLOBINA	14.9	g/dL	[12.1 - 16.2]	
HEMATOCRITO	45.3	%	[40.0 - 51.0]	
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	88.3	fL	[80.0 - 90.0]	
HB CORPUSCULAR MEDIA	29.0	pg	[27.0 - 31.0]	
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	32.9	gHl	[32.0 - 36.0]	

Finalmente se hace clic en el botón *Grabar*.

- Desde la opción **Visualizar**, se muestra el examen en el momento que el colaborador lo requiera.

Modificar entrega

Modificar entrega INTERMIX S.A

Datos

Tipo archivo : Exámenes de Laboratorio-Coprológico



HOSPITAL VOZANDES QUITO
"A la gloria de Dios y al Servicio del Ecuador"
LABORATORIO CLINICO

N° de Petición
210315089



Atención 24 horas

Servicio a Domicilio Previa Cita

<p>N° Historia: 23542701 Paciente: ROGEL ZAMBRANO, JUANA MARIBEL Edad: 42 Sexo: Mujer Fecha de Ingreso: 15/03/2021 09:26:41</p>	<p>Origen: Consulta Externa Doctor: Habitación: Fecha de Impresión:</p>
---	--

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	RANGO REFERENCIAL	METODO
HEMATOLOGIA				
BIOMETRIA HEMATICA				
LEUCOCITOS	6.96	KUL	[4.80 - 10.80]	Citometria de flujo
GRANULOCITOS INMADUROS #	0.01	KUL		
NEUTROFILOS	3.18	KUL	[2.06 - 7.02]	
LINFOCITOS	2.97	KUL	[0.98 - 4.91]	
MONOCITOS	0.59	KUL	[0.09 - 0.97]	
EOSINOFILOS	0.13	KUL	[0.05 - 0.54]	
BASOFILOS	0.09	KUL	[0.00 - 0.12]	
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.10	%		
NEUTROFILOS %	45.6	%	[43.0 - 66.0]	
LINFOCITOS %	42.7	%	[20.5 - 45.5]	
MONOCITOS %	8.5	%	[1.9 - 9.0]	
EOSINOFILOS %	1.9	%	[1.0 - 5.0]	
BASOFILOS %	1.3	%	[0.2 - 1.0]	
HEMATIES	5.13	MUL	[3.90 - 5.20]	
HEMOGLOBINA	14.9	g/dL	[12.1 - 16.2]	
HEMATOCRITO	45.3	%	[40.0 - 51.0]	
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	88.3	fL	[80.0 - 90.0]	
HEMOGLOBINA MEDIA	29.0	pg	[27.0 - 31.0]	
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA EN LA MIELVA	32.9	g/dL	[32.0 - 36.0]	

Visor Simple

Para crear una nueva HC Ocupacional, se hace clic en el botón *Nuevo* , donde se muestra una pantalla con las siguientes pestañas:

Pestaña Datos

Contiene información de la ficha de empleado, los datos básicos, nivel de educación y capacidades especiales.

HC Ocupacional

← 📄 📁 📅 📧 ? 🔔

INTERMIX SA

Exámenes Complementarios | Exámenes de Laboratorio | Conclusiones |

Datos | Antecedentes Laborales | Antecedentes Médicos | Antecedentes Reproductivos | Inmunización | Hábitos | Revisión actual del sistema | Examen Físico |

Secuencial: Fecha:

Nombres:

Cargo:

Lugar de Nacimiento:

Fecha de Nacimiento: Edad:

Identificación: Estado Civil:

Nivel Educativo: Teléfono:

Sexo: Tipo Sangre:

Número de historia clínica:

Capacidades Especiales

Con. Trab. Disc.: Porcentaje:

Tipo: Nro. Registro:

Tipo ID Discapacitado: Nro. ID Discapacitado:

- *Secuencial*: Número generado automáticamente por el sistema
- *Fecha*: Fecha en que se realiza la HC Ocupacional
- *Nombres*: Nombres y apellidos del empleado
- *Cargo*: Cargo que desempeña el empleado dentro de la empresa
- *Lugar de Nacimiento*: Lugar de nacimiento del empleado
- *Fecha de Nacimiento*: Fecha de nacimiento del empleado
- *Edad*: Edad del empleado
- *Identificación*: Número de identificación del empleado *Cédula / Pasaporte*
- *Estado Civil*: Estado civil del empleado: *Soltero / Casado / Divorciado*
- *Nivel Educativo*: Nivel educativo del empleado: *Primaria / Secundaria / Superior / Cuarto Nivel.*
- *Teléfono*: Número telefónico del empleado
- *Sexo*: Género del empleado: *Masculino / Femenino*
- *Tipo Sangre*: Se especifica el tipo de sangre del empleado
- *Número de historia clínica*: Numero de historia clínica asignada al empleado

Capacidades Especiales

- *Con Trab. Disc.*: Condición de trabajo del empleado con capacidades especiales
- *Porcentaje*: Porcentaje de discapacidad del empleado
- *Tipo*: Tipo de discapacidad: *Auditiva / Física / Intelectual / Psicológica / Lenguaje / Visual*
- *Nro. Registro*: Número de registro del CONADIS
- *Tipo ID Discapacitado*: Tipo ID *Cédula / Pasaporte / RUC / Otro*
- *Nro. ID Discapacitado*: Número de ID del empleado, con capacidades especiales

Pestaña Antecedentes laborales

En esta pestaña se visualiza los riesgos ocupacionales del cargo actual, que el empleado desempeña en la empresa.

HC Ocupacional



INTERMIX S.A

Exámenes Complementarios | Exámenes de Laboratorio | Conclusiones |
 Datos | **Antecedentes Laborales** | Antecedentes Médicos | Antecedentes Reproductivos | Inmunización | Hábitos | Revisión actual del sistema | Examen Físico

Riesgos Ocupacionales

Empresa	Cargo	Tiempo	FACTORES FISICOS	FACTORES MECÁNICOS	FACTORES QUIMICOS
▶ INTERMIX S.A	edrfere	927	3 - Iluminación insuficiente, 5 - Ruido,	12 - Inadecuado, 13 - Espacio físico re...	34 - Gases de (especificar

Record 1 of 1

Antecedentes Accidente Laboral

Origen	Fue calificado por	Fecha	Detalle
Trabajo Anterior	IESS	04/03/2020	accidente de trabajo
I E-business	IESS	19/11/2020	Caída por piso mojado

Record 3 of 3

Enfermedades Laborables

Fue calificado por	Fecha	Observaciones
*		

Record 0 of 0

RAS:

Riesgos Ocupacionales

- **Empresa:** Empresa actual
- **Cargo:** Cargo que el empleado desempeña actualmente en la empresa
- **Tiempo:** Tiempo laborado en días, en la empresa
- **Factores físicos:** Los siguientes campos se visualizan marcados, de acuerdo a los riesgos asignados al cargo que desempeña el empleado, actualmente en la empresa. Los factores físicos son información esencial, para poder incluir las medidas preventivas, que la empresa toma ante estos riesgos.

<input checked="" type="checkbox"/>	1 - Temperatura elevada
<input type="checkbox"/>	2 - Temperatura baja
<input type="checkbox"/>	3 - Iluminación insuficiente
<input type="checkbox"/>	4 - Iluminación excesiva
<input type="checkbox"/>	5 - Ruido
<input type="checkbox"/>	6 - Vibración
<input type="checkbox"/>	7 - Radiaciones ionizantes
<input type="checkbox"/>	8 - Radiación no ionizante (UV, IR, electromagnética)
<input type="checkbox"/>	9 - Presiones anormales (presión atmosférica, altitud geográfica)
<input type="checkbox"/>	10 - Ventilación insuficiente (fallas en la renovación de aire)
<input type="checkbox"/>	11 - Manejo eléctrico

- *Factores mecánicos:* Conjunto de factores físicos que pueden dar lugar a una lesión por la acción mecánica de elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar o materiales proyectados, sólidos o fluidos.

<input checked="" type="checkbox"/>	98 - Atrapamiento entre máquinas
<input type="checkbox"/>	99 - Atrapamiento entre superficies
<input type="checkbox"/>	100 - Atrapamiento entre objetos
<input type="checkbox"/>	101 - Contacto Eléctrico
<input type="checkbox"/>	102 - Proyección de partículas - fragmentos
<input type="checkbox"/>	103 - Proyección de fluidos
<input type="checkbox"/>	104 - Pinchazos
<input type="checkbox"/>	105 - Atropellamientos por vehículos
<input type="checkbox"/>	106 - Choques / Colisión vehicular
<input type="checkbox"/>	79 - CAIDA PERSONAS A MISMO NIVEL
<input type="checkbox"/>	80 - CAIDA DE PERSONAS ADISTINTO NIVEL
<input type="checkbox"/>	81 - CAIDA OBJETOS
<input type="checkbox"/>	82 - CONTACTO PARTES MOVILES DE EQUIPOS
<input type="checkbox"/>	83 - GOLPE CONTRA OBJETOS EN MOVIMIENTO
<input type="checkbox"/>	84 - ATRAPAMIENTOS
<input type="checkbox"/>	85 - CORTES
<input type="checkbox"/>	86 - EQUIPOS CON ALTA PRESION/ELÉCTRICAS
<input type="checkbox"/>	87 - MAQUINAS DEFECTUOSAS
<input type="checkbox"/>	88 - GOLPES CONTRA EQUIPOS Y ESTRUCTURAS
<input type="checkbox"/>	89 - GOLPES CON HERRAMIENTAS
<input type="checkbox"/>	90 - CONTACTO TERMICO POR FRIO
<input type="checkbox"/>	91 - ORDEN Y LIMPIEZA DEFICIENTES
<input type="checkbox"/>	92 - TRABAJO EN ESPACIO REDUCIDO
<input type="checkbox"/>	93 - PELIGRO VEHÍCULOS EN CIRCULACIÓN
<input type="checkbox"/>	94 - EXPLOSIONES
<input type="checkbox"/>	95 - INCENDIO
<input type="checkbox"/>	12 - Inadecuado
<input type="checkbox"/>	13 - Espacio fisico reducido
<input type="checkbox"/>	14 - Piso irregular. resbaladizo
<input type="checkbox"/>	15 - Obstáculos en el piso
<input type="checkbox"/>	16 - Desorden
<input type="checkbox"/>	17 - Maquinaria desprotegida
<input type="checkbox"/>	18 - Manejo de herramienta cortante y/o punzante
<input type="checkbox"/>	19 - Manejo de armas de fuego
<input type="checkbox"/>	20 - Circulación de maquinaria y vehiculos en áreas de trabajo
<input type="checkbox"/>	21 - Desplazamiento en transporte (terreste. aéreo. acuático)
<input type="checkbox"/>	22 - Transporte mecánico de cargas
<input type="checkbox"/>	23 - Trabajo a distinto nivel
<input type="checkbox"/>	24 - Trabajo subterráneo
<input type="checkbox"/>	25 - Trabajo en altura (desde 1.8 metros)
<input type="checkbox"/>	26 - Caída de objetos por derrumbamiento o desprendimiento
<input type="checkbox"/>	27 - Caída de objetos en manipulación
<input type="checkbox"/>	28 - Proyección de sólidos o líquidos
<input type="checkbox"/>	29 - Superficies o materiales calientes
<input type="checkbox"/>	30 - Trabajos de mantenimiento
<input type="checkbox"/>	31 - Trabajo en espacios confinados

- **Factores químicos:** Son propios de sectores industriales en los que; bien se trabaja con sustancias químicas, o se producen cantidades de contaminantes tóxicos para la salud de los trabajadores.

<input type="checkbox"/> 32 - Polvo orgánico
<input type="checkbox"/> 33 - Polvo inorgánico (mineral o metálico)
<input type="checkbox"/> 34 - Gases de (especificar)
<input type="checkbox"/> 35 - Vapores de.....(especificar)
<input type="checkbox"/> 36 - Nieblas de...(especificar)
<input type="checkbox"/> 37 - Aerosoles (especificar)
<input type="checkbox"/> 38 - Smog (contaminación ambiental)
<input type="checkbox"/> 39 - Manipulación de químicos (sólidos o líquidos) ... especificar
<input type="checkbox"/> 40 - Emisiones producidas por ...(especificar)
<input type="checkbox"/> 107 - Sólidos
<input type="checkbox"/> 108 - Humos
<input type="checkbox"/> 109 - Líquidos

- **Factores biológicos:** Son organismos con un determinado ciclo de vida, que al penetrar en el hombre, determinan en él, un efecto adverso para su salud.

<input type="checkbox"/> 97 - Equipos médicos eléctricos
<input type="checkbox"/> 41 - Elementos en descomposición
<input type="checkbox"/> 42 - Animales peligrosos (salvajes o domésticos)
<input type="checkbox"/> 43 - Animales venenosos o posoñozos
<input type="checkbox"/> 44 - Presencia de vectores (roedores, moscas, cucarachas)
<input type="checkbox"/> 45 - Insalubridad - agentes biológicos (microorganismos, hongos, parásitos)
<input type="checkbox"/> 46 - Consumo de alimentos no garantizados
<input type="checkbox"/> 47 - Alergenos de origen vegetal o animal

- **Factores ergonómicos:** Son la probabilidad de desarrollar un trastorno musculoesquelético, debido (o incrementada) por el tipo e intensidad de actividad física, que se realiza en el trabajo.

<input type="checkbox"/> 96 - Fatiga visual o muscular
<input type="checkbox"/> 48 - Sobreesfuerzo físico
<input type="checkbox"/> 49 - Levantamiento manual de objetos
<input type="checkbox"/> 50 - Movimiento corporal repetitivo
<input type="checkbox"/> 51 - Posición forzada (de pie, sentada, encorvada, acostada)
<input type="checkbox"/> 52 - Uso inadecuado de pantallas de visualización PVDs

- **Factores psicosociales:** Hace referencia a las interacciones entre el contenido del trabajo, el medio ambiente en que se desarrolla y las condiciones de organización, por una parte, y las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, por otra, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, el rendimiento y la satisfacción en el trabajo.

<input type="checkbox"/> 53 - Turnos rotativos
<input type="checkbox"/> 54 - Trabajo nocturno
<input type="checkbox"/> 55 - Trabajo a presión
<input type="checkbox"/> 56 - Alta responsabilidad
<input type="checkbox"/> 57 - Sobrecarga mental
<input type="checkbox"/> 58 - Minuciosidad de la tarea
<input type="checkbox"/> 59 - Trabajo monótono
<input type="checkbox"/> 60 - Inestabilidad en el empleo
<input type="checkbox"/> 61 - Déficit en la comunicación
<input type="checkbox"/> 62 - Inadecuada supervisión
<input type="checkbox"/> 63 - Relaciones interpersonales inadecuadas o deterioradas
<input type="checkbox"/> 64 - Desmotivación
<input type="checkbox"/> 65 - Desarraigo familiar
<input type="checkbox"/> 66 - Agresión o maltrato (palabra y obra)
<input type="checkbox"/> 67 - Trato con clientes y usuarios
<input type="checkbox"/> 68 - Amenaza delincencial
<input type="checkbox"/> 69 - Inestabilidad emocional
<input type="checkbox"/> 70 - Manifestaciones psicósomáticas
<input type="checkbox"/> 110 - Sobrecarga laboral
<input type="checkbox"/> 111 - Autonomía en la toma de decisiones
<input type="checkbox"/> 112 - Conflicto de rol
<input type="checkbox"/> 113 - Falta de claridad en las funciones
<input type="checkbox"/> 114 - Incorrecta distribución de trabajo

- *Factores de riesgo de accidentes mayores (incendio-explósión-escape o derrame de sustancias):* Accidentes mayores que el colaborador puede tener dentro de la empresa, al realizar su trabajo.

<input type="checkbox"/> 71 - Manejo de inflamables y/o explosivos
<input type="checkbox"/> 72 - Recipientes o elementos a presión
<input type="checkbox"/> 73 - Sistema eléctrico defectuoso
<input type="checkbox"/> 74 - Presencia de puntos de ignición
<input type="checkbox"/> 75 - Transporte y almacenamiento de productos químicos y material radiactivo
<input type="checkbox"/> 76 - Depósito y acumulación de polvo
<input type="checkbox"/> 77 - Alta carga combustible
<input type="checkbox"/> 78 - Ubicación en zonas con riesgo de desastres

- *Medidas preventivas:* En este campo se indican las medidas preventivas, que la empresa toma, para prevenir el bienestar de sus empleados.

Antecedentes accidente laboral

- *Origen:* Indica sí el accidente se sufrió en una empresa que trabajó anteriormente o en la empresa actual.
- *Fue calificado por:* Este campo indica el organismo por el cual fue revisado el empleado: *IESS / Panamerican Life / Seguro Vida / Seguros Accidentes.*
- *Fecha:* Fecha en la cual el empleado tuvo el accidente de trabajo
- *Detalle:* Observaciones referentes al accidente de trabajo que tuvo el empleado

Enfermedades laborales

- *Fue calificado por:* Este campo indica el organismo por el cual fue revisado el empleado: *IESS / Panamerican Life / Seguro Vida / Seguros Accidentes.*
- *Fecha:* Fecha en la cual el empleado tuvo la enfermedad profesional
- *Observaciones:* Detalles referentes a la enfermedad profesional, que tuvo el empleado

RAS

Observaciones adicionales que el empleador deba conocer, acerca de los riesgos laborales del colaborador.

Pestaña Antecedentes Médicos

Esta pestaña registra los antecedentes médicos y planificación familiar.

HC Ocupacional

INTERMIX S.A

Exámenes Complementarios | Exámenes de Laboratorio | Conclusiones

Datos | Antecedentes Laborales | **Antecedentes Médicos** | Antecedentes Reproductivos | Inmunización | Hábitos | Revisión actual del sistema | Examen Físico

Patológicos Familiares

Enfermedad	Parentesco	Descripción	Si : <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cardio-Vascular	Abuelo(a)	HIPERTENSION WHERE 8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Record 1 of 1				

Patológicos Personales : PATOLOGIA PERSONAL Si : No

Quirúrgicos : BERSICULA Si : No

Alergias : N/A Si : No

Observaciones : UNA OBSERVACION

- **Patológicos familiares:** Enfermedades que ha presentado el círculo familiar más cercano, como: padres, abuelos, tíos.
 - **Enfermedad:** Tipo de enfermedad, como por ejemplo: *Cardio-Vascular / Metabólica / Neurológica / Oncológica*, etc.
 - **Parentesco:** Parentesco con un familiar cercano
 - **Descripción:** Observaciones adicionales en cuanto a patologías familiares
- **Patológicos personales:** Enfermedades presentadas por el empleado
- **Quirúrgicos:** Es el registro de cirugías realizadas al empleado
- **Alergias:** Registro de alergias a medicamentos, reacciones anafilácticas y alimenticias
- **Observaciones:** Detalles adicionales que se requiera indicar acerca de antecedentes médicos.

Pestaña Antecedentes Reproductivos

HC Ocupacional

HC Ocupacional INTERMIX S.A

Exámenes Complementarios | Exámenes de Laboratorio | Conclusiones |

Datos | Antecedentes Laborales | Antecedentes Médicos | Antecedentes Reproductivos | Inmunización | Hábitos | Revisión actual del sistema | Examen Físico

Antecedentes Gineco Obstétricos

Ciclo Menstrual

Menarquía(Edad) : 0 Ciclo Menstrual : Regular Última Menstruación : 28/07/2018 0:00:00 Vida Sexual Activa : NO

Gestaciones

Gestaciones : 0 Partos : 0 Abortos : 0 Cesáreas : 0 Embarazos Ectópicos : 0

Exámenes realizados	SI/NO	Tiempo(Años)	Resultado
Papanicolaou	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	0	
Colposcopia	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	0	
Eco-Mamario	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	0	
Mamografía	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	0	

Record 1 of 4

Antecedentes Reproductivos Masculinos

Exámenes realizados	SI/NO	Tiempo(Años)	Resultado
Antígeno Prostático	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No		
Eco-Prostático	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No		

Record 1 of 2

Planificación

Planificación Familiar : NO

Método de Planificación : Ninguno

Hijos

Vivos : 0

Muertos : 0

Antecedentes Gineco – Obstétricos

Ciclo Menstrual

- *Menarquía (Edad)*: Edad de la primera menstruación de la empleada
- *Ciclo menstrual*: Irregular / Menopausia / Regular
- *Ultima Menstruación*: fecha de la última menstruación del paciente
- *Vida sexual activa*: Si / No

Gestaciones

- *Gestaciones*: Número de gestaciones que ha tenido la paciente
- *Partos*: Número de partos registrados por la paciente
- *Abortos*: Número de abortos
- *Cesáreas*: Número de cesáreas
- *Embarazos Ectópicos*: Número de embarazos, cuando el óvulo fertilizado se implanta fuera del útero.

Detalle

- *Exámenes realizados*: Papanicolaou / Colposcopia / Eco-Mamario / Mamografía
- *Si / No*: En este campo se indica, si la paciente se realizó el examen seleccionado
- *Tiempo (Años)*: Hace que tiempo se realizó el examen
- *Resultado*: Resultados generados del examen realizado

Antecedentes Reproductivos Masculinos

- *Exámenes realizados:* Antígeno Prostático / Eco-Prostático
- *Si / No:* En este campo se indica, sí el paciente se realizó el examen seleccionado
- *Tiempo (Años):* Hace que tiempo se realizó el examen
- *Resultado:* Resultados generados del examen realizado

Planificación Familiar

- *Planificación Familiar:* Si / No
- *Método de Planificación:* Anticonceptivos inyectables / Dispositivos intrauterinos / Dispositivos orales / Implantes subdérmicos / Ninguno / Otro / Preservativo / Ritmo.

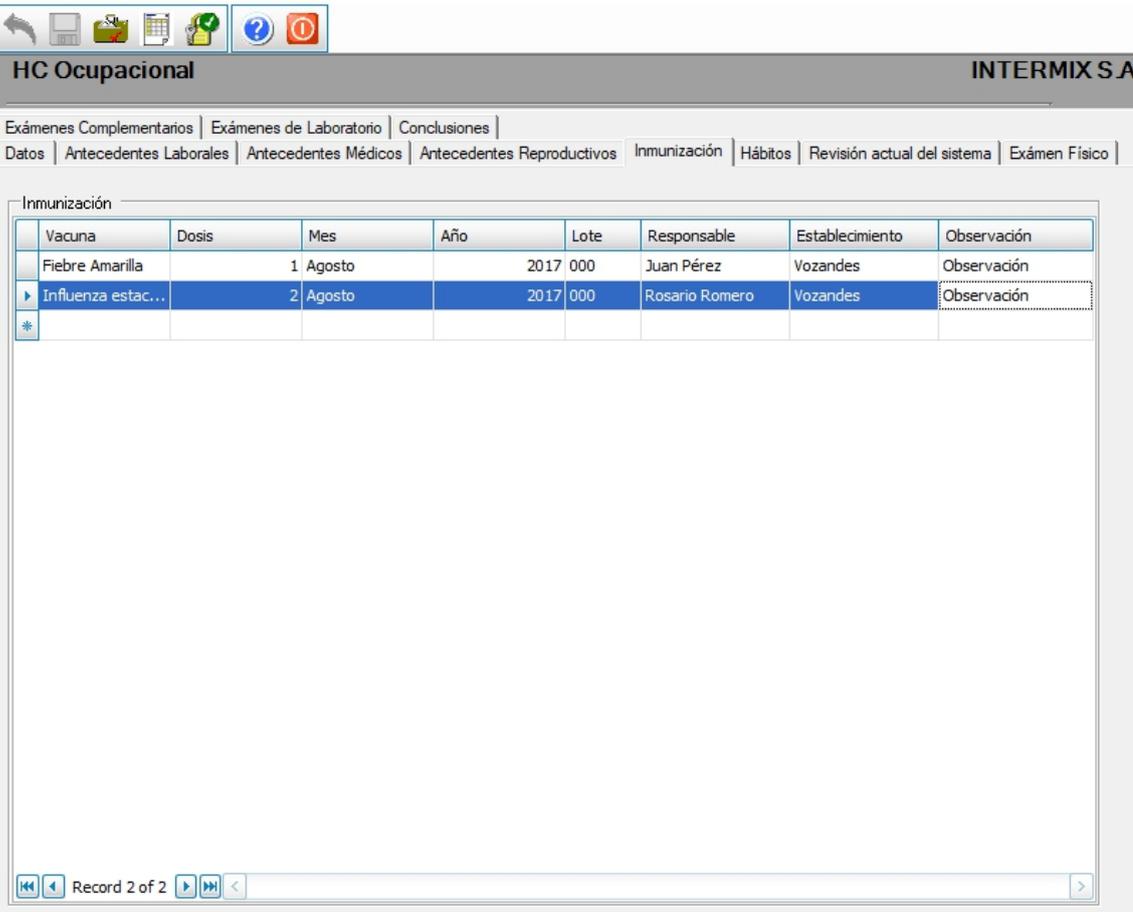
Hijos

- *Vivos:* Número de hijos vivos. Visualización a partir de lo registrados en Cargas Familiares.
- *Muertos:* Número de hijos muertos. Visualización a partir de lo registrados en Cargas Familiares.

Pestaña Inmunización

Registro de vacunas del empleado

HC Ocupacional



HC Ocupacional

INTERMIX S.A

Exámenes Complementarios | Exámenes de Laboratorio | Conclusiones |

Datos | Antecedentes Laborales | Antecedentes Médicos | Antecedentes Reproductivos | **Inmunización** | Hábitos | Revisión actual del sistema | Examen Físico |

Inmunización

Vacuna	Dosis	Mes	Año	Lote	Responsable	Establecimiento	Observación
Fiebre Amarilla		1 Agosto		2017 000	Juan Pérez	Vozandes	Observación
Influenza estac...		2 Agosto		2017 000	Rosario Romero	Vozandes	Observación
*							

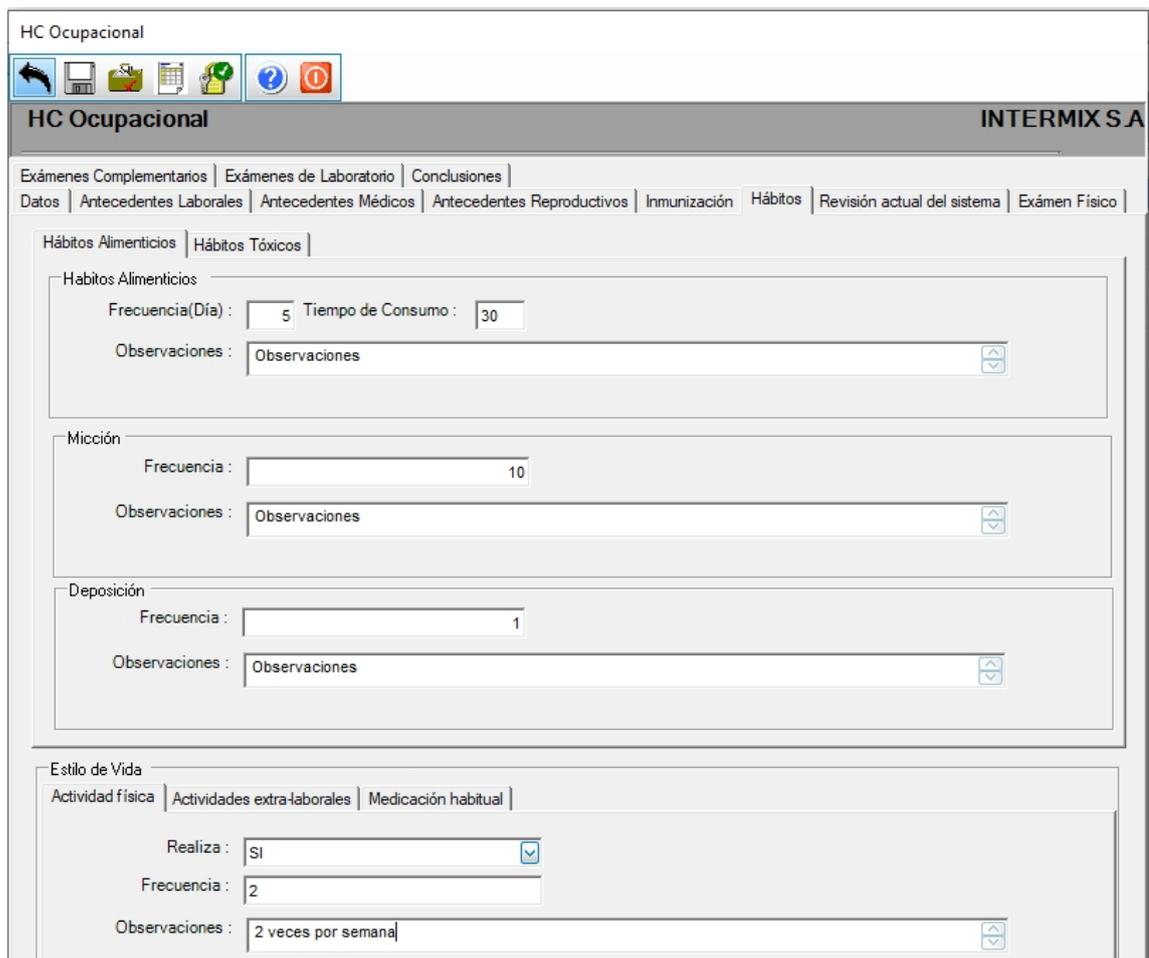
Record 2 of 2

Inmunización

- **Vacuna:** Fiebre Amarilla / Fiebre Tifoidea / Hepatitis B / Influenza / Otras / Tétanos-Difteria.
- **Dosis:** Valor numérico que puede representar el número de dosis
- **Mes:** Mes en que el paciente accedió a la vacuna
- **Año:** Año en que el paciente accedió a la vacuna
- **Lote:** Número de lote de la vacuna
- **Responsable:** Nombre del responsable de colocar la vacuna
- **Establecimiento:** Entidad en donde se coloca la vacuna
- **Observación:** Comentarios adicionales referentes a la vacuna

Pestaña Hábitos

Hábitos que tiene el empleado



HC Ocupacional

INTERMIX SA

Exámenes Complementarios | Exámenes de Laboratorio | Conclusiones |
Datos | Antecedentes Laborales | Antecedentes Médicos | Antecedentes Reproductivos | Inmunización | Hábitos | Revisión actual del sistema | Examen Físico |

Hábitos Alimenticios | Hábitos Tóxicos |

Habitos Alimenticios

Frecuencia(Día) : 5 Tiempo de Consumo : 30

Observaciones : Observaciones

Micción

Frecuencia : 10

Observaciones : Observaciones

Deposición

Frecuencia : 1

Observaciones : Observaciones

Estilo de Vida

Actividad física | Actividades extra-laborales | Medicación habitual |

Realiza : SI

Frecuencia : 2

Observaciones : 2 veces por semana

Hábitos alimenticios

- **Frecuencia (día):** Número de veces al día, en que se realiza la ingesta de alimentos
- **Tiempo de consumo:** Años o meses en que consume el alimento
- **Observaciones:** Detalles adicionales acerca de los hábitos alimenticios

Micción

- *Frecuencia:* Número de veces en que realiza la micción diariamente
- *Observaciones:* Detalles adicionales acerca de la micción

Deposición

- *Frecuencia:* Número de veces al día en realizar la deposición
- *Observaciones:* Detalles adicionales acerca de la deposición

Hábitos tóxicos

HC Ocupacional



HC Ocupacional INTERMIX S.A

Exámenes Complementarios | Exámenes de Laboratorio | Conclusiones |
 Datos | Antecedentes Laborales | Antecedentes Médicos | Antecedentes Reproductivos | Inmunización | Hábitos | Revisión actual del sistema | Exámen Físico

Hábitos Alimenticios | Hábitos Tóxicos

Alcohol

Hábitos Tóxicos : NO Frecuencia de Consumo : Ninguno Años de Consumo : 1

Consumidor : No Consumidor Tiempo de abstinencia : 0

Incidencias : Incidencias

Cigarillo/Tabaco/Pipa

Cigarillo/Tabaco/Pipa : NO Consumo/ Día : Ninguno Años de Consumo : 1

Fumador : No Consumidor Tiempo de abstinencia : 0

Incidencias : Incidencias

Otras Sustancias Psicoactivas

Sustancias Psicoactivas NO Cuál : Frecuencia : Ninguno

Años de Consumo : Consumidor : Tiempo de abstinencia : 0

Incidencias : Incidencias

Estilo de Vida

Actividad física | Actividades extra-laborales | Medicación habitual

Realiza : SI

Frecuencia : 2

Observaciones : 2 veces por semana

Alcohol

- *Hábitos tóxicos:* Si / No
- *Consumidor:* Actual / Ex consumidor / No consumidor
- *Frecuencia de consumo:* Diario / Mensual / Ocasional / Quincenal / Semanal
- *Años de consumo:* Número de años en el caso de ser consumidor de alcohol
- *Tiempo de abstinencia:* Tiempo durante el cual el empleado no consume estas sustancias.
- *Incidencias:* Comentario adicional, acerca del consumo de esta sustancia

Cigarrillo / Tabaco / Pipa

- *Cigarrillo / Tabaco / Pipa:* Si / No
- *Fumador:* Actual / Ex consumidor / No consumidor
- *Consumo / Día:* 11-15 / 1-5 / 6-10 / Más de 20 / Ocasional
- *Años de consumo:* Número de años en el caso de ser consumidor de Cigarrillo / Tabaco / Pipa.
- *Tiempo de abstinencia:* Tiempo durante el cual el empleado no consume estas sustancias.
- *Incidencias:* Comentario adicional acerca del consumo de esta sustancia

Otras sustancias psicoactivas:

- *Otras sustancias psicoactivas:* Si / No
- *Cuál:* Nombre de la sustancia psicoactiva
- *Frecuencia:* Número diario de ingesta de la sustancia psicoactiva
- *Años de consumo:* Número de años en el caso de ser consumidor de sustancia psicoactiva.
- *Consumidor:* Tipo de consumidor *Actual / Ex consumidor / No consumidor*
- *Tiempo de abstinencia:* Tiempo durante el cual el empleado no consume estas sustancias.
- *Incidencias:* Comentario adicional acerca del consumo de esta sustancia

Estilo de Vida

Actividad física

- *Realiza:* Si / No
- *Frecuencia:* Número de días a la semana que realiza actividad física
- *Observaciones:* Detalles adicionales acerca de la actividad física

Actividades extra-laborales

Actividades que el empleado realiza, extra laboralmente

Medicación habitual

- *Medicamento:* Nombre del medicamento que el empleado utiliza por alguna enfermedad actual.
- *Cantidad:* Dosis que el empleado utiliza
- *Tiempo:* Tiempo durante el cual el empleado consume esta medicación

Pestaña Revisión actual del sistema

Información del estado de salud del paciente

HC Ocupacional

INTERMIX SA

Exámenes Complementarios | Exámenes de Laboratorio | Conclusiones |

Datos | Antecedentes Laborales | Antecedentes Médicos | Antecedentes Reproductivos | Inmunización | Hábitos | **Revisión actual del sistema** | Examen Físico

<p>Genito Urinario SI/NO <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Otro <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Disminución Calibre <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>NC - Interna <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>ND - Interna <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Disuria <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p>	<p>Dermatológico SI/NO <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Otro <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Hiperhidrosis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Brote <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Sequedad <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Prurito <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p>	<p>Digestivo SI/NO <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Otro <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Dispepsia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Dolor Abdominal <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Epigastriaga <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Estreñimiento <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p>
<p>Cardiovascular SI/NO <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Otro <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Dolor Precordial <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Lipotimia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Palpitaciones <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Sincope <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p>	<p>Neurológico SI/NO <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Otro <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Cefalea <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Alteración Memoria <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Alteración Motora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Alteración del Su... <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p>	<p>Osteomuscular SI/NO <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Otro <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Cervicalgia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Dorsalgia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Lumbalgia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p>
<p>Ocular SI/NO <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Otro <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Ardor/Prurito <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Cansancio <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Visión Borrosa <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Lagrimeo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p>	<p>ORL SI/NO <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Otro <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Disfonia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Epistaxis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Hipoacusia Subje... <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Obstrucción Nasal <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p>	<p>Osteomuscula... SI/NO <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Otro <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Artralgias <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Tendinitis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Limitación Funcional <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Parestesias/Dise... <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p>
<p>Respiratorio SI/NO <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Otro <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Tos <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Dolor Torácico <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Expectoración <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p>		

Genito Urinario

- **Otro:** Otro diagnóstico
- **Disminución Calibre:** Disminución del chorro miccional
- **NC-Interna:** Exploración física del aparato genitourinario
- **ND-Interna:** Exploración del aparato urinario
- **Disuria:** Si / No, dolor al miccionar
- **Hematuria:** Si / No, sangre al miccionar
- **Trastornos del ciclo menstrual:** Si / No
- **Nicturia:** Si / No, expulsión involuntaria de orina durante la noche
- **Polaquiuria:** Si / No, aumento de micciones
- **Tenesmo vesical:** Si / No, deseo imperioso de miccionar

Dermatológico

- **Otro:** Otro diagnóstico
- **Hiperhidrosis:** Si / No, sudoración excesiva, generalmente en las palmas de las manos
- **Brote:** Si / No, inflamación cutánea
- **Sequedad:** Si / No, falta de humedad cutánea
- **Prurito:** Si / No, comezón que se siente en todo el cuerpo y la necesidad de rascarse
- **Descamación:** Si / No, pérdida de capa externa de la piel

-
- *Eritema*: Si / No, trastorno de la piel que se produce cuando hay un exceso de riego sanguíneo por vasodilatación.

Digestivo

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Dispepsia*: Si / No, dolor o molestia en la zona alta del abdomen
- *Dolor abdominal*: Si / No, molestia o dolor en el área abdominal en general
- *Epigastralgia*: Si / No, sensación de molestia y dolor en la boca del estómago
- *Estreñimiento*: Si / No, alteración del intestino, que consiste en una excesiva retención de agua y consiguiente, endurecimiento de las heces
- *Diarrea*: Si / No, la diarrea es la evacuación intestinal de heces flojas y líquidas, tres o más veces al día.
- *Sangrado*: Si / No, sangrado en el intestino

Cardiovascular

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Dolor Precordial*: Si / No, dolor en el pecho
- *Lipotimia*: Si / No, pérdida repentina y pasajera del conocimiento, producido por la falta de riego sanguíneo en el cerebro.
- *Palpitaciones*: Si / No, sensaciones que representan un ritmo cardíaco anormal
- *Sincope*: Si / No, es una pérdida brusca y temporal de la conciencia y del tono postural, de duración breve y con recuperación espontánea.
- *Disnea*: Si / No, sensación de falta de aire

Neurológico

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Cefalea*: Si / No, dolor de cabeza intenso y persistente
- *Alteración Memoria*: Si / No, pérdida de memoria
- *Alteración Motora*: Si / No, alteración en el tono muscular, postura y la marcha
- *Alteración del Sueño*: Si / No, alteraciones del sueño
- *Vértigo*: Si / No, sensación de movimiento o giros que a menudo se describe como mareo

Osteomuscular

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Cervicalgia*: Si / No, dolor en la región de la columna – cervical – cuello
- *Dorsalgia*: Si / No, dolor en la zona dorsal de la espalda, que se encuentra en la zona de los omoplatos.
- *Lumbalgia*: Si / No, dolor causado por una lesión en un músculo (distensión) o ligamento (esguince).

Ocular

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Ardor / Prurito*: Si / No, comezón o ardor ocular
- *Cansancio*: Si / No, debido al uso intenso de los ojos
- *Visión borrosa*: Si / No, pérdida de la agudeza visual
- *Lagrimo*: Si / No, lagrimeo excesivo de los ojos
- *Ojo Rojo*: Si / No, causado por alguna infección o cuerpo extraño

ORL

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Disfonía*: Si / No, transformación de la fonación, debido a cambios en las cuerdas vocales
- *Epistaxis*: Si / No, sangrado nasal
- *Hipoacusia Subjetiva*: Si / No, sordera súbita
- *Obstrucción nasal*: Si / No, cornetes agrandados, adenoides agrandadas
- *Rinorrea*: Si / No, nariz congestionada o tapada se produce cuando los tejidos que la recubren se hinchan.

Osteomusculares

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Artralgias*: Si / No, dolor en las articulaciones
- *Tendinitis*: Si / No, lesión de un tendón, caracterizado por la inflamación, irritación o hinchazón del mismo.
- *Limitación funcional*: Si / No, limitación funcional de los músculos
- *Parestesias / Disestesias*: Si / No, las disestesias son sensaciones desagradables o anormales, con o sin estímulos presentes, mientras que las parestesias son sensaciones anormales, sin estímulo previo, descritas como “hormigueos” o “miembro dormido”.

Respiratorio

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Tos*: Si / No, reflejo que mantiene despejada la garganta y las vías respiratorias
- *Dolor torácico*: Si / No, dolor o molestia anómala, localizada en el tórax, entre el diafragma y la base del cuello.
- *Expectoración*: Si / No, expulsión mediante la tos o el carraspeo de las flemas u otras secreciones, formadas en las vías respiratorias.

Pestaña Examen físico

Resultado de los exámenes físicos y revisión visuales (tensión arterial, talla, peso, índice de masa corporal, etc.). Agrega características normales o alteraciones (piel, cabeza, ojos, oídos, etc.)

HC Ocupacional

HC Pre-ocupacional INTERMIX S.A

Datos | Antecedentes Laborales | Antecedentes Médicos | Antecedentes Reproductivos | Inmunización | Hábitos | Revisión actual del sistema

Examen Físico | Exámenes Complementarios | Exámenes de Laboratorio | Conclusiones

Tensión Arterial (mm Hg): <input type="text" value="120"/>	Índice de Masa Corp. (ICM): <input type="text" value="23,629..."/>	Frecuencia Cardíaca (x min): <input type="text" value="1"/>
Talla(m): <input type="text" value="1,840000"/>	Interpretación ICM: <input type="text" value="Normal"/>	Frecuencia Respiratoria (x min): <input type="text" value="111"/>
Peso (Kg): <input type="text" value="80,00000"/>	Temperatura(°C): <input type="text" value="32"/>	Lateralidad: <input type="text" value="Diestro"/>

Piel: <input type="text" value="PIEL"/> Normal: <input type="checkbox"/> Alterado: <input checked="" type="checkbox"/>	Torax: <input type="text" value="TORAZ"/> Normal: <input type="checkbox"/> Alterado: <input checked="" type="checkbox"/>
Cabeza: <input type="text" value="CABEZA"/> Normal: <input type="checkbox"/> Alterado: <input checked="" type="checkbox"/>	Abdomen: <input type="text" value="ABDOMEN"/> Normal: <input type="checkbox"/> Alterado: <input checked="" type="checkbox"/>
Ojos: <input type="text" value="OJOS"/> Normal: <input type="checkbox"/> Alterado: <input checked="" type="checkbox"/>	Espalda: <input type="text" value="ESPALDA"/> Normal: <input type="checkbox"/> Alterado: <input checked="" type="checkbox"/>
Oído: <input type="text" value="OIDO"/> Normal: <input type="checkbox"/> Alterado: <input checked="" type="checkbox"/>	Extremidades: <input type="text" value="EXTEM"/> Normal: <input type="checkbox"/> Alterado: <input checked="" type="checkbox"/>
Nariz: <input type="text" value="NARIZ"/> Normal: <input type="checkbox"/> Alterado: <input checked="" type="checkbox"/>	Reg. Genital: <input type="text" value="GENITAL"/> Normal: <input type="checkbox"/> Alterado: <input checked="" type="checkbox"/>
Boca: <input type="text" value="BOCA"/> Normal: <input type="checkbox"/> Alterado: <input checked="" type="checkbox"/>	Neurológico: <input type="text" value="NEORAL"/> Normal: <input type="checkbox"/> Alterado: <input checked="" type="checkbox"/>
Cuello: <input type="text" value="CUELLO"/> Normal: <input type="checkbox"/> Alterado: <input checked="" type="checkbox"/>	

- *Tensión Arterial (mm /Hg)*: Valor numérico de la presión arterial, medida en milímetros de mercurio.
- *Talla (m)*: Valor numérico de la talla del empleado o paciente en unidad metros
- *Peso (kg)*: Valor numérico del peso en unidad kilogramos
- *Índice de Masa Corp. (ICM)*: Valor calculado automáticamente
- *Interpretación ICM*: Bajo peso / Normal / Obesidad 1 / Obesidad 2 / Obesidad 3 / Sobrepeso.
- *Temperatura (°C)*: Temperatura corporal en unidad de grados centígrados
- *Frecuencia cardíaca (x min.)*: Valor numérico, cantidad de veces que el corazón late por minuto.
- *Frecuencia Respiratoria (x min.)*: Valor numérico del número de respiraciones por minuto
- *Lateralidad*: Ambidiestro / Diestro / Zurdo

Los siguientes campos son abiertos y se registran a modo de observaciones, pudiendo tener dos estados: normal o alterado:

- *Piel*: Estado visual, físico o características de la piel

- **Cabeza:** Estado visual, físico o características de la cabeza
- **Ojos:** Estado visual, físico o características de los ojos
- **Oído:** Estado visual, físico o características del oído
- **Nariz:** Estado visual, físico o características de nariz
- **Boca:** Estado visual, físico o características de la boca
- **Cuello:** Estado visual, físico o características del cuello
- **Tórax:** Estado visual, físico o características del Tórax
- **Abdomen:** Estado visual, físico de la zona abdominal
- **Espalda:** Estado visual, físico o características, simetría de la espalda
- **Extremidades:** Estado visual, físico, simetría de las extremidades superiores e inferiores
- **Reg. Genital:** Estado visual, físico o características de la zona genital
- **Neurológico:** Estado mental o situación psicológica

Pestaña Exámenes Complementarios

Se registra información de los resultados de exámenes de radiografía, audiométricos, visual y especiales.

HC Ocupacional

INTERMIX S.A

Datos | Antecedentes Laborales | Antecedentes Médicos | Antecedentes Reproductivos | Inmunización | Hábitos | Revisión actual del sistema | Examen Físico | **Exámenes Complementarios** | Exámenes de Laboratorio | Conclusiones

Examen de Imagen

Examen	Región	Normal	Fecha	Observaciones
▶ Ecografía	TORAX	SI	1/8/2018	OBS
*				

Exámenes Audiométricos

Fecha	Resultado Oído Derecho	Resultado Oído Izquierdo
▶ 1/8/2018	Normal	Normal
*		

Examen Visual

Examen	Fecha	Resultado Ojo derecho	Resultado Ojo Izquierdo
▶ Oftalmología	1/8/2018	Normal	Normal
*			

Exámenes Especiales

Detalle	Fecha	Normal	Observaciones
▶ ASDSAD	1/8/2018	SI	DSDAD
*			

Examen de Imagen

- **Examen:** Ecografía / Radiografía / Resonancia magnética / Tomografía
- **Región:** Lugar del cuerpo del examen de imagen
- **Normal:** Si / No
- **Fecha:** Fecha de realización del examen

-
- *Observaciones:* Detalles adicionales en cuanto a los exámenes de imagen

Exámenes Audiométricos

- *Fecha:* Fecha de realización del examen
- *Resultado Oído Derecho:* Hipoacusia grave / Hipoacusia leve / Hipoacusia moderada / Hipoacusia neurosensorial / Hipoacusia obstructiva / Normal.
- *Resultado Oído Izquierdo:* Hipoacusia grave / Hipoacusia leve / Hipoacusia moderada / Hipoacusia neurosensorial / Hipoacusia obstructiva / Normal.

Examen Visual

- *Examen:* Oftalmología / Optometría / Visiometría
- *Fecha:* Fecha de realización del examen
- *Resultado Ojo Derecho:* Astigmatismo / Catarata / Desprendimiento de retina / Hipermetropía / Keratocono / Miopía / Normal / Otro / Pterigium.
- *Resultado Ojo Izquierdo:* Astigmatismo / Catarata / Desprendimiento de retina / Hipermetropía / Keratocono / Miopía / Normal / Otro / Pterigium.

Exámenes especiales

- *Detalle:* Especificaciones o nombre del examen realizado
- *Fecha:* Fecha de realización del examen
- *Normal:* Si / No
- *Observaciones:* Detalles adicionales en cuanto a los exámenes especiales

Pestaña Exámenes de laboratorio

Resultado de los exámenes de laboratorio específicos

HC Ocupacional



HC Pre-ocupacional INTERMIX SA

Datos | Antecedentes Laborales | Antecedentes Médicos | Antecedentes Reproductivos | Inmunización | Hábitos | Revisión actual del sistema |
Examen Físico | Exámenes Complementarios | Exámenes de Laboratorio | Conclusiones |

Exámenes de Laboratorio

Examen	Normal	Fecha	Observaciones
▶ Glucosa	SI	27/02/2020	
*			

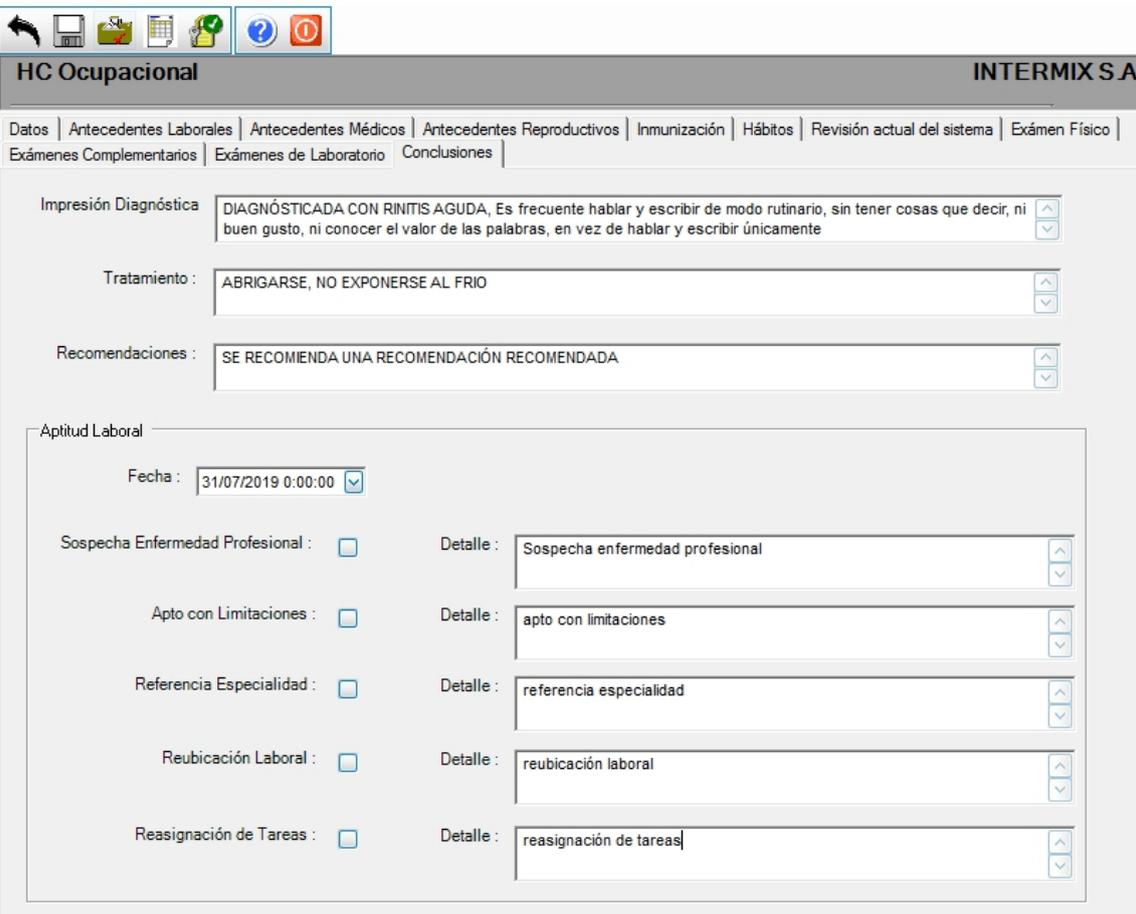
Record 1 of 1

- *Examen:* Acido úrico / Biometría hemática / Colesterol total / Coprológico / Coproparasitario / Creatinina / Glucosa / HDL / LDL / Triglicéridos / Urea / Uroanálisis (EMO) / VDRL.
- *Normal:* Si / No
- *Fecha:* Fecha de realización del examen
- *Observaciones:* Detalles adicionales en cuanto a los exámenes de laboratorio

Pestaña Conclusiones

Información indicando tratamiento, recomendaciones y si es apto o no para trabajar, bajo determinadas condiciones.

HC Ocupacional



HC Ocupacional

INTERMIX S.A

Datos | Antecedentes Laborales | Antecedentes Médicos | Antecedentes Reproductivos | Inmunización | Hábitos | Revisión actual del sistema | Examen Físico | Exámenes Complementarios | Exámenes de Laboratorio | **Conclusiones**

Impresión Diagnóstica: DIAGNÓSTICADA CON RINITIS AGUDA, Es frecuente hablar y escribir de modo rutinario, sin tener cosas que decir, ni buen gusto, ni conocer el valor de las palabras, en vez de hablar y escribir únicamente

Tratamiento: ABRIGARSE, NO EXPONERSE AL FRIO

Recomendaciones: SE RECOMIENDA UNA RECOMENDACIÓN RECOMENDADA

Aptitud Laboral

Fecha: 31/07/2019 0:00:00

Sospecha Enfermedad Profesional: Detalle: Sospecha enfermedad profesional

Apto con Limitaciones: Detalle: apto con limitaciones

Referencia Especialidad: Detalle: referencia especialidad

Reubicación Laboral: Detalle: reubicación laboral

Reasignación de Tareas: Detalle: reasignación de tareas

- *Impresión Diagnóstica:* Es el medio para encausar las pruebas diagnósticas, posteriores a realizar por el respectivo especialista.
- *Tratamiento:* Pasos a seguir para mejorar las condiciones de salud o el tratamiento de alguna enfermedad o dolencia.
- *Recomendaciones:* Sugerencias para mejorar la salud del paciente o empleado

Aptitud Laboral

- *Fecha:* Fecha de las conclusiones o al terminar la ficha Ocupacional
- *Sospecha Enfermedad Profesional:* Se indica las condiciones o las razones de una posible enfermedad profesional.

- *Apto con Limitaciones:* Se puede aceptar laboralmente o ser considerado apto para trabajar dentro de la organización, pero con limitaciones para determinadas áreas o funciones.
- *Referencia Especialidad:* Cuando se ha considerado la opinión de un especialista o se deriva hacia un especialista médico, de acuerdo al área más vulnerable.
- *Reubicación Laboral:* Este campo indica la reubicación laboral del colaborador
- *Reasignación de Tareas:* Se indica cuando es reasignado a otras funciones de las inicialmente contratadas, debido a las características o condiciones de salud del paciente o empleado.

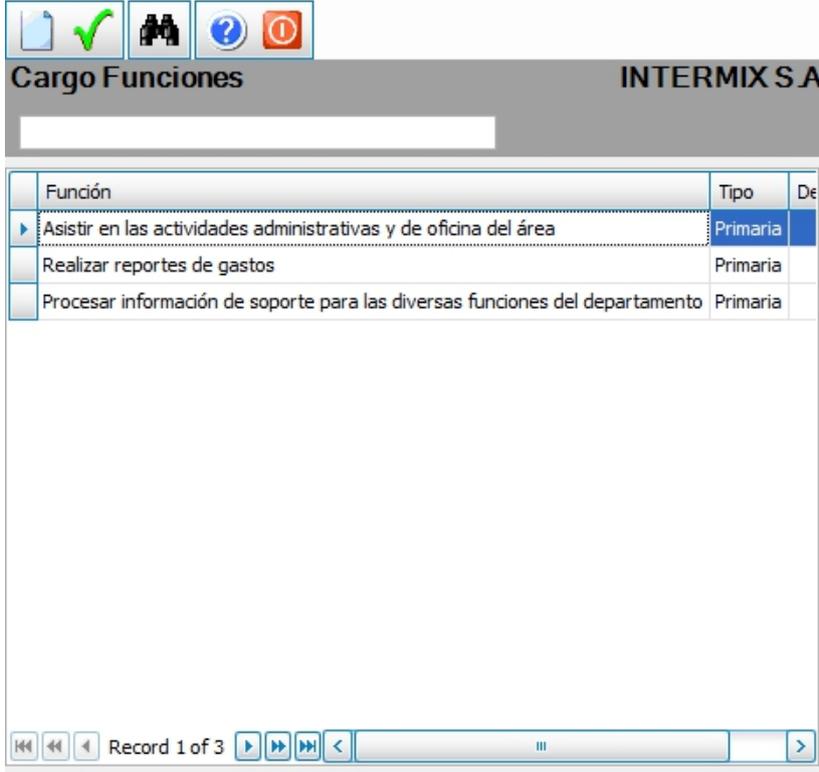
Botones principales



Funciones cargo

Este botón permite visualizar las funciones del cargo que desempeña actualmente el empleado, al cual se está analizando la ficha Ocupacional.

Cargo Funciones



Función	Tipo	De
Asistir en las actividades administrativas y de oficina del área	Primaria	
Realizar reportes de gastos	Primaria	
Procesar información de soporte para las diversas funciones del departamento	Primaria	

Record 1 of 3

- *Función:* Funciones definidas en el cargo que el colaborador desempeña dentro de la empresa.
- *Tipo:* Tipo de función
- *Descripción:* Detalles adicionales acerca de las funciones del colaborador



Imprimir Historia Clínica

Este botón permite imprimir la HC Ocupacional del empleado al cual se está analizando.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO - EMPRESA Y USUARIO															
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA O NOMBRE DE LA EMPRESA			RUC	CEU	ESTABLECIMIENTO DE SALUD			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	NÚMERO DE ARCHIVO						
INTERMIX S.A					DEPARTAMENTO MÉDICO				3						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	EDAD (AÑOS)	RELIGIÓN				GRUPO SANGUÍNEO	LATERALIDAD
								F	46	<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Espiritista <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Judaísmo <input type="checkbox"/> Mestizo <input checked="" type="checkbox"/> Otro	A-		Diestro		
ORIENTACIÓN SEXUAL		IDENTIDAD DE GÉNERO		DISCAPACIDAD		FECHA DE INGRESO AL TRABAJO (AAAA/MM/DD)		PUESTO DE TRABAJO (CARGO)	ÁREA DE TRABAJO	ACTIVIDADES RELEVANTES AL PUESTO DE TRABAJO A OCUPAR					
<input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input checked="" type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	TIPO	%	2015/12/01	Contador General	Desarrollo de Sistemas	Asistir en las actividades administrativas y de oficina del área						

B. MOTIVO DE CONSULTA		ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE
Descripción		
Evaluación médica ocupacional para el ingreso al puesto de trabajo		

C. ANTECEDENTES PERSONALES														
ANTECEDENTES CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS														
Descripción														
UNA PATOLOGÍA PERSONAL AL FRÍO QUISTES EN EL ÚTERO														
ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS														
MENARQUÍA	CICLOS	FECHA DE LA ÚLTIMA MESTRUACIÓN (AAAA/MM/DD)	GESTAS	PARTOS	CESÁREAS	ABORTOS	HIJOS		VIDA SEXUAL ACTIVA		MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR			
13	Regular	2019-07-31	1	1	0	0	VIVOS	MUERTOS	SÍ	NO	SÍ	NO	TIPO	
EXÁMENES REALIZADOS		SÍ	NO	TIEMPO (años)	RESULTADO	EXÁMENES REALIZADOS		SÍ	NO	TIEMPO (años)	RESULTADO			
PAPANICOLAOU		X		1	NORMAL	ECO MAMARIO		X		1	UN POCO MENOS NORMAL			
COLPOSCOPIA						MAMOGRAFÍA								
ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS MASCULINOS														
EXÁMENES REALIZADOS		SÍ	NO	TIEMPO (años)	RESULTADO	MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR		SÍ	NO	TIPO	HIJOS			
ANTIGENO PROSTÁTICO														
ECO PROSTÁTICO														
HÁBITOS TÓXICOS														
CONSUMOS NOCIVOS		SÍ	NO	TIEMPO DE CONSUMO (meses)	CANTIDAD	EX CONSUMIDOR	TIEMPO DE ABSTINENCIA (meses)	ESTILO	SÍ	NO	¿CUÁL?		TIEMPO / CANTIDAD	
TABACO			X	0,00	Ninguno			ACTIVIDAD FÍSICA	X		veces por semana		Tiempo (días) 3	
ALCOHOL			X	60,00	Diario			MEDICACIÓN HABITUAL			GOMITAS MULTIVITAMÍNICAS		Cantidad (unidades) 2	
OTRAS DROGAS:			X	0,00	Ninguno									

D. ANTECEDENTES DEL TRABAJO											
ANTECEDENTES DE EMPLEOS ANTERIORES											
EMPRESA	PUESTO DE TRABAJO	ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑABA			TIEMPO DE TRABAJO (meses)	RIESGO				OBSERVACIONES	
empresa1	cargo1	cargo1			60	FÍSICO	BIOLÓGICO	QUÍMICO	ERGONÓMICO	PSICOLÓGICO	
						X	X	X	X	X	



Cerrar hoja de Vida

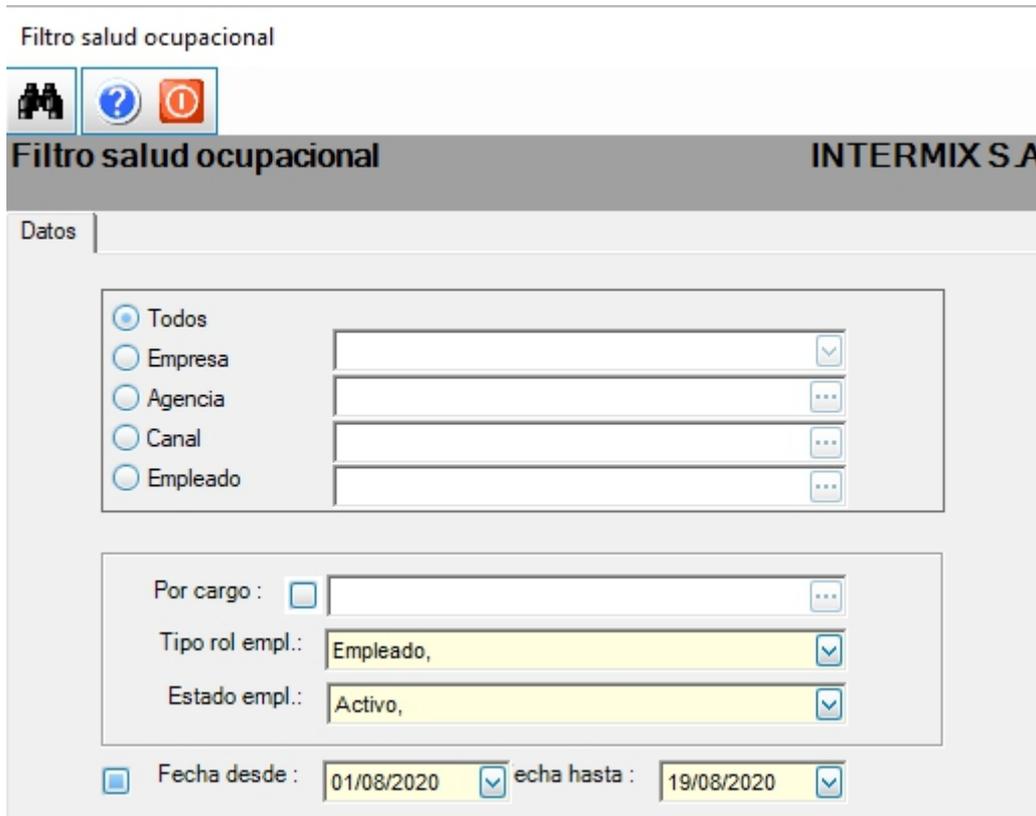
Este botón permite cerrar la hoja de vida del colaborador.

Consulta Subsecuente

Esta opción se utiliza para las consultas médicas que se realizan dentro de la dependencia de salud, implementado dentro de la organización, ya sea consultorio o dispensario médico.

Filtro

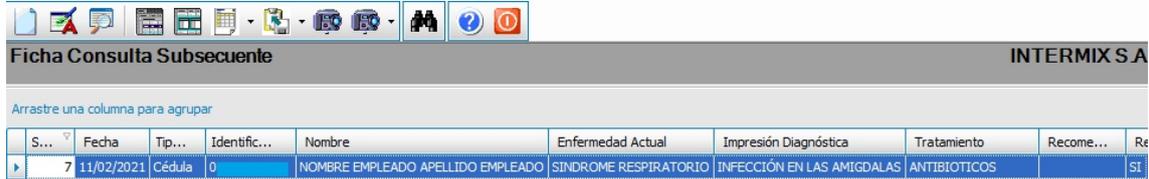
El visor múltiple puede contener una gran cantidad de registros, por lo que se presenta un filtro que solicita los siguientes datos, para delimitar la búsqueda:



- *Todos*: Este filtro permite consultar todos los empleados de la empresa
- *Empresa*: Permite seleccionar la empresa a consultar
- *Agencia*: Permite seleccionar la agencia a consultar
- *Canal*: Canal o lugar de trabajo que se requiere consultar
- *Empleado*: Este campo permite realizar una búsqueda específica por nombre
- *Por cargo*: Permite realizar la búsqueda por cargo
- *Tipo rol empl.*: Este campo permite realizar la búsqueda por tipo de rol Empleado / Tercerizado / Eventual / Temporada, etc
- *Estado empl.*: Este campo permite realizar la búsqueda por estado del empleado: Inactivo / Activo / Pendiente / Temporalmente inactivo.
- *Fecha desde / hasta*: Contiene el rango de fechas que se requiere consultar

Visor Múltiple

El visor múltiple presenta la lista de las personas que tienen consulta subsecuente



Arrastre una columna para agrupar

S...	Fecha	Tip...	Identific...	Nombre	Enfermedad Actual	Impresión Diagnóstica	Tratamiento	Recome...	Re
7	11/02/2021	Cédula	0	NOMBRE EMPLEADO APELLIDO EMPLEADO	SINDROME RESPIRATORIO	INFECCIÓN EN LAS AMIGDALAS	ANTIBIOTICOS		SI

- *Secuencial*: Número generado automáticamente por el sistema
- *Fecha*: Fecha en la cual el empleado realiza la consulta médica
- *Identificación*: Tipo de identificación del empleado: Cédula / Pasaporte
- *Nombre*: Apellidos y nombres del empleado
- *Enfermedad Actual*: Enfermedad actual que el empleado presenta
- *Impresión Diagnóstica*: Diagnóstico indicado por el médico
- *Tratamiento*: Tratamiento enviado por el médico
- *Recomendaciones*: Detalles adicionales indicados por el médico
- *Reposo*: En este campo se indica *Si / No*, el médico envía al empleado a reposo
- *Duración*: Duración del reposo enviado por el médico al empleado
- *Aptitud laboral*: Aptitud laboral del empleado, luego de la valoración médica (*Apto / Apto con observación / Apto con limitaciones / No apto*)
- *Prescripción*: Prescripción médica enviada al empleado

Botones principales



Archivos pdf

Este botón permite cargar archivos en formato pdf desde el Pictor. Para esta opción es necesario que se encuentre instalado el módulo de *Gestión de Documentos*, ya que mediante éste módulo, es posible la configuración de documentos que se van a capturar.

Pestaña Datos

Dentro de esta pestaña, el campo *Tipo documento*, visualiza todos los documentos asignados a la carpeta *DOCUMENTOS DE SALUD OCUPACIONAL*.

La definición de documentos puede cambiar de acuerdo al requerimiento de cada cliente.

Imagen



Imagen INTERMIX S.A

Datos | Captura archivo

Carpeta : DOCUMENTOS DE SALUD OCUPACIONAL

Tipo documento : VACUNACIÓN Hepatitis A

Carpeta claves :

Nombre	Clave
HCEMCODIGO	126
GENECODIGO	536

Record 1 of 2

Documentos claves :

Nombre	Clave
HCEMCODIGO	126
GENEIDENTIFICACION	1307838050

Record 1 of 2

Luego de lo cual, con el botón Pdf  se indica la ruta en el *Explorador de Windows*, en donde se encuentra el archivo en formato pdf, que se va a cargar.

Pestaña Captura archivo

Dentro de esta pestaña se visualiza el archivo en formato pdf, que se carga en la pestaña Datos.

Imagen

Imagen INTERMIX S.A

Datos



HOSPITAL VOZANDES QUITO
"A la gloria de Dios y al Servicio del Ecuador"

LABORATORIO CLINICO

N° de Petición
210315089

Servicio a Domicilio Previa Cita Atención 24 horas

N° Historia: 23542701 Origen: Consulta Externa
 Paciente: ROGEL ZAMBRANO , JUANA MARIBEL Doctor:
 Edad: 42 Sexo: Mujer Habitación:
 Fecha de Ingreso: 15/03/2021 09:26:41 Fecha de Impresión:

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	RANGO REFERENCIAL	METODO
HEMATOLOGIA				
BIOMETRIA HEMATICA				
Citometria de flujo				
LEUCOCITOS	6.96	K/uL	[4.80 - 10.80]	
GRANULOCITOS INMADUROS #	0.01	K/uL		
NEUTROFILOS	3.18	K/uL	[2.06 - 7.02]	
LINFOCITOS	2.97	K/uL	[0.98 - 4.91]	
MONOCITOS	0.59	K/uL	[0.09 - 0.97]	
EOSINOFILOS	0.13	K/uL	[0.05 - 0.54]	
BASOFILOS	0.09	K/uL	[0.00 - 0.12]	
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.10	%		
NEUTROFILOS %	45.6	%	[43.0 - 65.0]	
LINFOCITOS %	42.7	%	[20.5 - 45.5]	
MONOCITOS %	8.5	%	[1.9 - 9.0]	
EOSINOFILOS %	1.9	%	[1.0 - 5.0]	
BASOFILOS %	1.3	%	[0.2 - 1.0]	
HEMATIES	5.13	M/uL	[3.90 - 5.20]	
HEMOGLOBINA	14.9	g/dL	[12.1 - 16.2]	
HEMATOCRITO	45.3	%	[40.0 - 51.0]	
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	88.3	fL	[80.0 - 90.0]	

Finalmente se hace clic en el botón *Grabar*, para que este archivo en formato pdf se pueda almacenar en la carpeta configurada con esta finalidad.



Archivos pdf

Este botón permite cargar archivos en formato pdf mediante E-business. Para esta opción es necesario que los archivos a cargar, se encuentren configurados y asignados a la pantalla donde se va a producir la carga.

La configuración se realiza en el módulo de *Consola*, menú *Imágenes*, opción *Documentos por pantalla*.

Las siguientes opciones, se presentan para realizar el proceso de captura:


Grabar


Visualizar

- Desde la opción **Grabar**, se carga el archivo relacionado al archivo que se indica, seleccionando el campo *Tipo archivo*

Modificar entrega






Modificar entrega INTERMIX S.A

Datos

Tipo archivo :



Luego se hace clic en el botón *Cargar archivo*, que nos lleva a la ruta en el *Explorador de Windows*, en donde se encuentra el examen en formato pdf, que se va a cargar y se visualiza la imagen del examen.

Modificar entrega






Modificar entrega INTERMIX S.A

Datos

Tipo archivo :



HOSPITAL VOZANDES QUITO
"A la gloria de Dios y al Servicio del Ecuador"
LABORATORIO CLINICO

N° Historia: 23542701

Paciente: ROGEL ZAMBRANO, JUANA MARIBEL

Edad: 42 Sexo: Mujer

Fecha de Ingreso: 15/03/2021 09:26:41

Origen: Consulta Externa

Doctor:

Habitación:

Fecha de Impresión:

N° de Petición
210315089

Atención 24 horas

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	RANGO REFERENCIAL	METODO
HEMATOLOGIA				
<i>Citometria de flujo</i>				
BIOMETRIA HEMATICA				
LEUCOCITOS	6.96	KUL	[4.80 - 10.80]	
GRANULOCITOS INMADUROS #	0.01	KUL		
NEUTROFILOS	3.18	KUL	[2.05 - 7.02]	
LINFOCITOS	2.97	KUL	[0.98 - 4.91]	
MONOCITOS	0.59	KUL	[0.09 - 0.97]	
EOSINOFILOS	0.13	KUL	[0.05 - 0.54]	
BASOFILOS	0.09	KUL	[0.00 - 0.12]	
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.10	%		
NEUTROFILOS %	45.6	%	[43.0 - 66.0]	
LINFOCITOS %	42.7	%	[20.5 - 45.5]	
MONOCITOS %	8.5	%	[1.9 - 9.0]	
EOSINOFILOS %	1.9	%	[1.0 - 5.0]	
BASOFILOS %	1.3	%	[0.2 - 1.0]	
HEMATIES	5.13	MUL	[3.90 - 5.20]	
HEMOGLOBINA	14.9	g/dL	[12.1 - 16.2]	
HEMATOCRITO	45.3	%	[40.0 - 51.0]	
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	88.3	fL	[80.0 - 90.0]	
HB CORPUSCULAR MEDIA	29.0	pg	[27.0 - 31.0]	
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	32.9	g/L	[32.0 - 36.0]	

Finalmente se hace clic en el botón *Grabar*.

- Desde la opción **Visualizar**, se muestra el archivo en el momento que el colaborador lo requiera.

Modificar entrega

Modificar entrega INTERMIX S.A

Datos

Tipo archivo : Exámenes de Laboratorio-Coprológico



HOSPITAL VOZANDES QUITO
"A la gloria de Dios y al Servicio del Ecuador"
LABORATORIO CLINICO

N° de Petición
210315089



Atención 24 horas

Servicio a Domicilio Previa Cita

<p>N° Historia: 23542701 Paciente: ROGEL ZAMBRANO, JUANA MARIBEL Edad: 42 Sexo: Mujer Fecha de Ingreso: 15/03/2021 09:26:41</p>	<p>Origen: Consulta Externa Doctor: Habitación: Fecha de Impresión:</p>
---	--

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	RANGO REFERENCIAL	METODO
HEMATOLOGIA				
BIOMETRIA HEMATICA				
LEUCOCITOS	6.96	KUL	[4.80 - 10.80]	Citometria de flujo
GRANULOCITOS INMADUROS #	0.01	KUL		
NEUTROFILOS	3.18	KUL	12.06 - 7.021	
LINFOCITOS	2.97	KUL	10.98 - 4.911	
MONOCITOS	0.59	KUL	10.09 - 0.971	
EOSINOFILOS	0.13	KUL	10.05 - 0.541	
BASOFILOS	0.09	KUL	[0.00 - 0.12]	
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.10	%		
NEUTROFILOS %	45.6	%	143.0 - 66.01	
LINFOCITOS %	42.7	%	120.5 - 45.51	
MONOCITOS %	8.5	%	119 - 9.01	
EOSINOFILOS %	1.9	%	11.0 - 5.01	
BASOFILOS %	1.3	%	10.2 - 1.01	
HEMATIES	5.13	MUL	13.90 - 5.201	
HEMOGLOBINA	14.9	g/dL	112.1 - 16.21	
HEMATOCRITO	45.3	%	140.0 - 51.01	
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	88.3	fL	180.0 - 90.01	
HB CORPUSCULAR MEDIA	29.0	pg	127.0 - 31.01	
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA POR METRO CUBICO DE SANGRE	32.9	g/dL	132.0 - 36.01	

Visor Simple

Para crear una nueva Consulta Subsecuente, hacer clic en el botón *Nuevo*  , se muestra la siguiente pantalla y pestañas:

Pestaña Datos

Contiene información extraída de la *Ficha del Empleado*.

Ficha Consulta Subsecuente Vs



Ficha Consulta Subsecuente Vs **INTERMIX S.A**

Datos | Consulta médica | Prescripción médica | Antecedentes

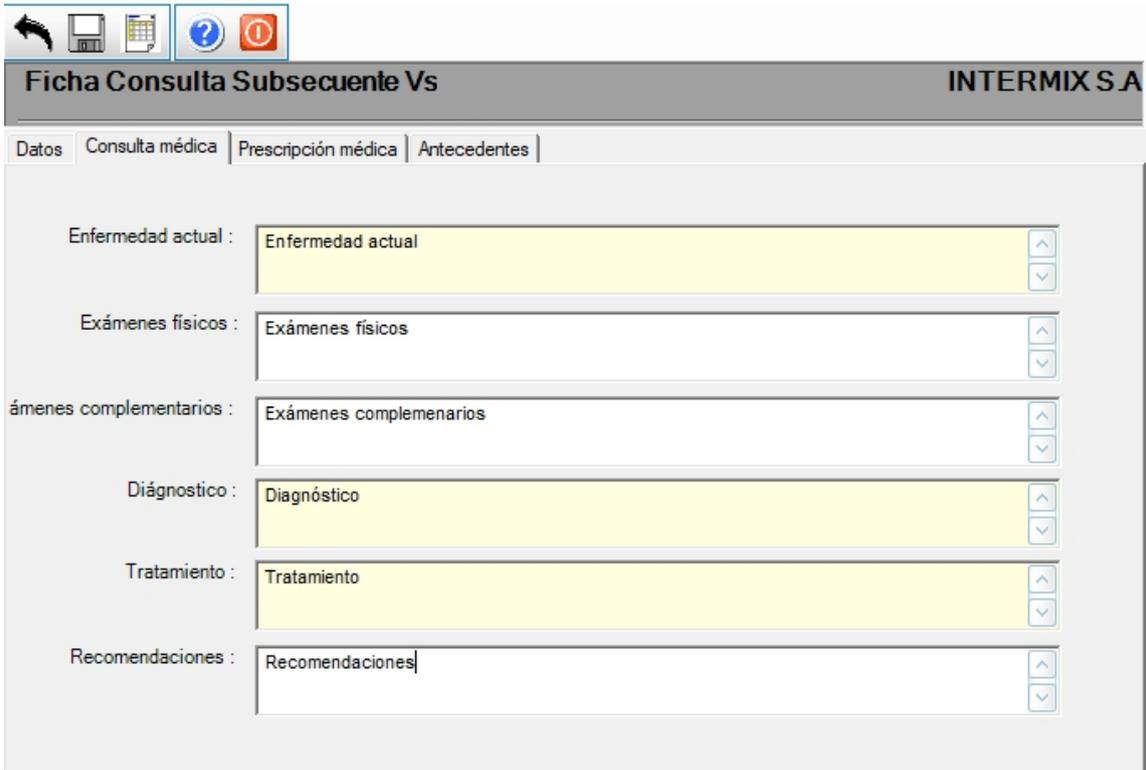
Secuencial	<input type="text" value="7"/>	Tipo rol :	<input type="text" value="Empleado"/>		
Empresa :	<input type="text" value="INTERMIX S.A"/>				
Nombres :	<input type="text" value="NOMBRE EMPLEADO APELLIDO EMPLEADO"/>				
Cargo :	<input type="text" value="Programador"/>				
Fecha de nacimiento :	<input type="text" value="01/01/1900"/>	Edad :	<input type="text" value="121"/>	Género :	<input type="text" value="Masculino"/>
Estado Civil :	<input type="text" value="Soltero (a)"/>	Profesión :	<input type="text" value="<NO REGISTRADA>"/>		
Dirección :	<input type="text" value="SANTA ROSA, CALLE PRINCIPAL R-35"/>				
Teléfono :	<input type="text"/>	Móvil :	<input type="text"/>	Sangre :	<input type="text" value="Ninguno"/>
Fecha consulta :	<input type="text" value="11/02/2021"/>				
Motivo consulta :	<input type="text" value="RINITIS AGUDA"/>				

- *Secuencial*: Número generado automáticamente por el sistema
- *Tipo rol*: Muestra el tipo de rol del empleado: *Empleado / Eventual / Temporada*, entre otros.
- *Empresa*: Visualiza la empresa a la que pertenece el empleado
- *Nombres*: Apellidos y nombres del empleado
- *Cargo*: Cargo que desempeña el empleado dentro de la empresa
- *Fecha de nacimiento*: Fecha de nacimiento del empleado
- *Edad*: Edad del empleado
- *Género*: Género del empleado: *Masculino / Femenino*
- *Estado civil*: Estado civil del empleado: *Soltero / Casado / Divorciado*
- *Profesión*: Profesión que posee el empleado
- *Dirección*: Dirección del empleado
- *Teléfono*: Teléfono convencional del empleado
- *Móvil*: Número de celular del empleado
- *Tipo de Sangre*: Se especifica el tipo de sangre del empleado
- *Fecha consulta*: Fecha en que se realiza la consulta subsecuente
- *Motivo consulta*: Motivo principal por la cual el empleado acude a la consulta subsecuente.

Pestaña Consulta médica

Contiene información realizada durante la consulta médica o consulta subsecuente

Ficha Consulta Subsecuente Vs

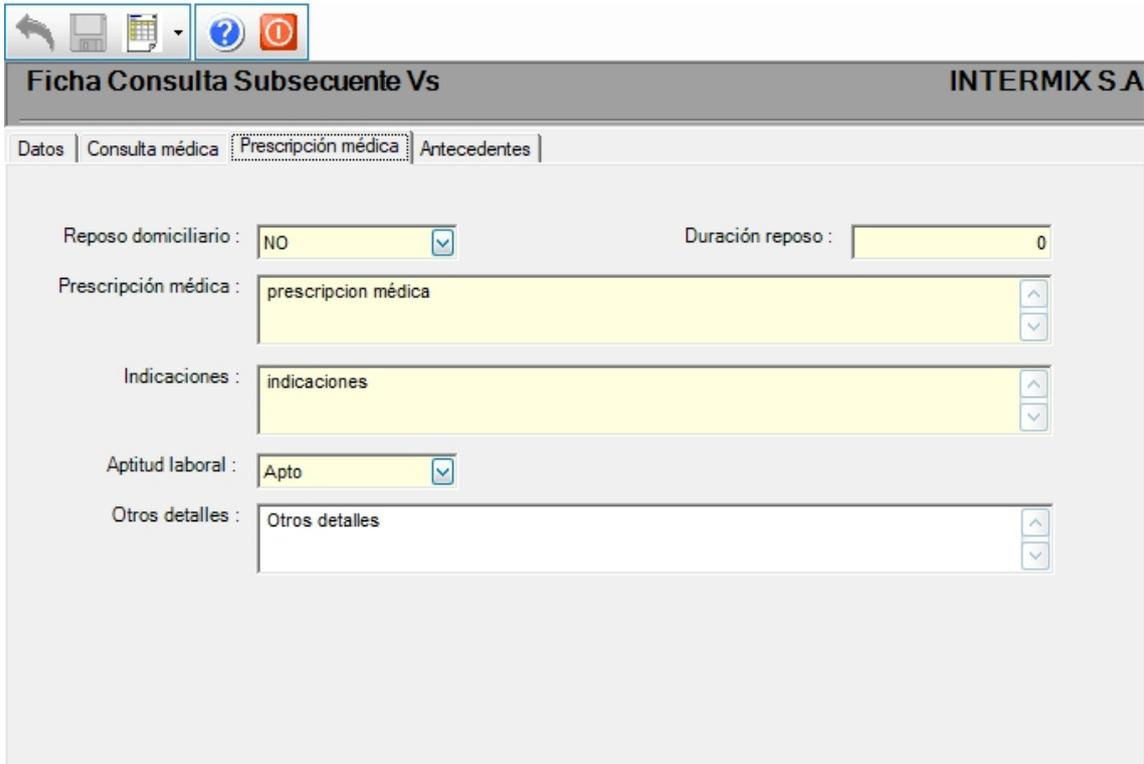


- *Enfermedad actual*: Descripción de la enfermedad, estado o dolencia actual del empleado.
- *Exámenes físicos*: Chequeos realizados durante la consulta subsecuente
- *Exámenes complementarios*: Resultados o envío de exámenes complementarios a la consulta subsecuente.
- *Diagnóstico*: Nombre de la dolencia o enfermedad diagnosticada al paciente o empleado.
- *Tratamiento*: Pasos a seguir para curar la enfermedad o dolencia del paciente o empleado.
- *Recomendaciones*: Sugerencias para mejorar estilo de vida, mejores hábitos alimenticios, dietas, ejercicios o consulta con otros especialistas.

Pestaña Prescripción Médica

Contiene información de reposo domiciliario, duración de reposo, prescripción médica, indicaciones, otros detalles.

Ficha Consulta Subsecuente Vs

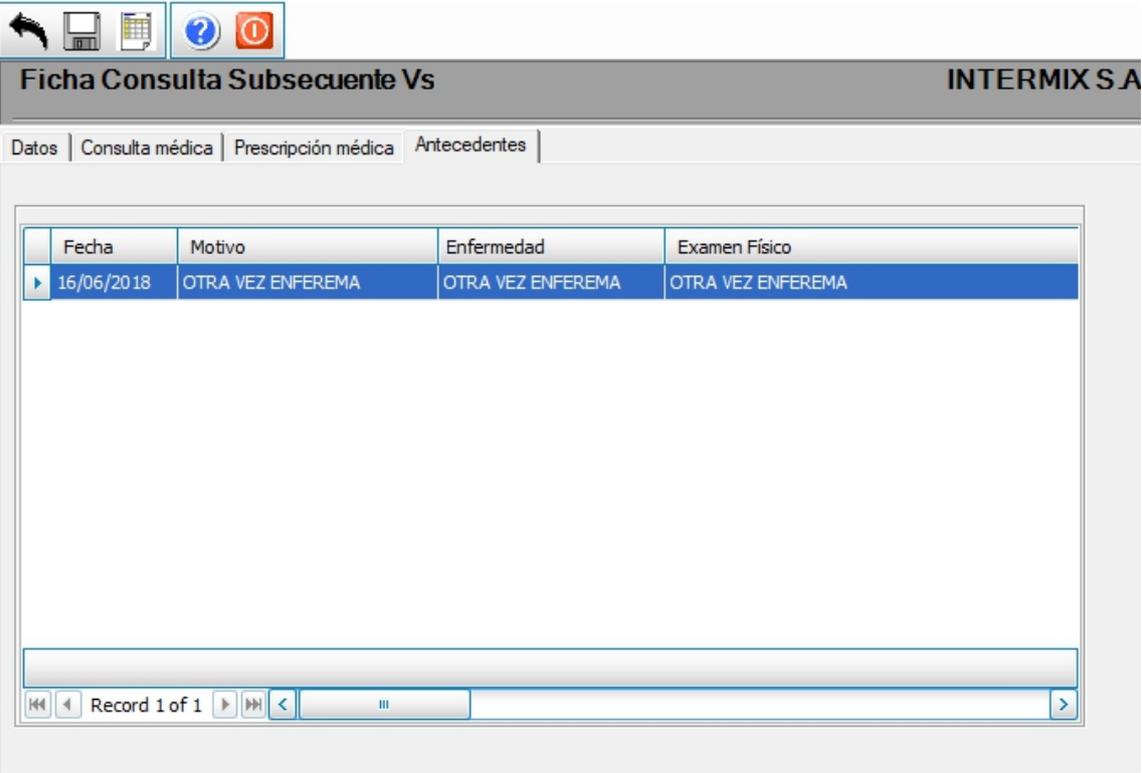


- *Reposo domiciliario*: Si / No, sí el paciente o empleado necesita descanso médico en el domicilio.
- *Duración Reposo*: Tiempo de reposo, en días
- *Prescripción médica*: Nombres de medicamentos para tratar o curar la enfermedad o dolencia del paciente o empleado.
- *Indicaciones*: Forma de administrar o ingerir, los tiempos de los medicamentos especificados en la prescripción médica.
- *Aptitud laboral*: Este campo indica sí el colaborador es apto para trabajar dentro de la empresa: *Apto / Apto con observación / Apto con limitaciones / No apto*.
- *Otros detalles*: En el caso de existir observaciones o alguna información que no está especificada, en las opciones anteriores.

Pestaña Antecedentes

Muestra la información de las consultas subsecuentes anteriores.

Ficha Consulta Subsecuente Vs



Fecha	Motivo	Enfermedad	Examen Físico
16/06/2018	OTRA VEZ ENFEREMA	OTRA VEZ ENFEREMA	OTRA VEZ ENFEREMA

Record 1 of 1

- *Fecha*: Fecha en que se realizó la consulta subsecuente
- *Motivo*: Motivo por el que se realizó la consulta subsecuente
- *Enfermedad*: Enfermedad registrada en la ficha de consulta subsecuente
- *Examen Físico*: Chequeos o exámenes realizados en la consulta subsecuente
- *Examen complementario*: Resultados o envío de exámenes complementarios a la consulta subsecuente.
- *Imp. Diagnóstica*: Nombre de la dolencia o enfermedad diagnosticada al paciente o empleado.
- *Tratamiento*: Pasos a seguir para curar la enfermedad o dolencia del paciente o empleado.
- *Recomendaciones*: Sugerencias para mejorar estilo de vida, mejores hábitos alimenticios, dietas, ejercicios o consulta con otros especialistas.
- *Reposo*: Si / No, sí el paciente o empleado necesita descanso médico en el domicilio
- *Aptitud laboral*: Este campo indica sí el colaborador es apto para trabajar dentro de la empresa: *Apto / Apto con observación / Apto con limitaciones / No apto.*
- *Prescripción*: Nombres de medicamentos para tratar o curar la enfermedad o dolencia del paciente o empleado.
- *Indicaciones*: Forma de administrar o ingerir, los tiempos de los medicamentos especificados en la prescripción médica.
- *Detalle*: Detalles adicionales que el empleado deba tener en cuenta, para ingerir los medicamentos.

Botones Principales



Imprimir Documentos

Este botón permite imprimir los siguientes documentos de la Consulta Subsecuente:



Historia Clínica



Inmunizaciones



Certificado Médico

Historia Clínica

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO - EMPRESA Y USUARIO					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA O NOMBRE DE LA EMPRESA	RUC	CIU	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
INTERMIX S.A.			DEPARTAMENTO MÉDICO		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	CARGO / OCUPACIÓN
				F	Contador General

B. DATOS GENERALES					
FECHA DE EMISIÓN:	2021	3	2		
	AAAA	MM	DD		
EVALUACIÓN:	INGRESO <input type="checkbox"/>	PERIÓDICO <input type="checkbox"/>	REINTEGRO <input type="checkbox"/>	SALIDA <input type="checkbox"/>	

C. CONCEPTO PARA APTITUD LABORAL					
Después de la valoración médica ocupacional se certifica que la persona en mención, es calificada como:					
APTO	X	APTO EN OBSERVACIÓN	APTO CON LIMITACIONES	NO APTO	
DETALLE DE OBSERVACIONES: Otros detalles					

D. CONDICIONES DE SALUD AL MOMENTO DEL RETIRO					
Después de la valoración médica ocupacional se certifica las condiciones de salud al momento del retiro			SATISFACTORIO	NO SATISFACTORIO	
OBSERVACIONES RELACIONADAS CON LAS CONDICIONES DE SALUD AL MOMENTO DEL RETIRO diagnóstico					

E. RECOMENDACIONES					
recomendaciones					

Con este documento certifico que el trabajador se ha sometido a la evaluación médica requerida para (el ingreso / la ejecución / el reintegro y retiro) al puesto laboral y se ha informado de los riesgos relacionados con el trabajo emitiendo recomendaciones relacionadas con su estado de salud.

La presente certificación se expide con base en la historia ocupacional del usuario(a), la cuál tiene carácter de confidencial.

F. DATOS DEL PROFESIONAL DE SALUD+B16				G. FIRMA DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Sistemas	CÓDIGO		FIRMA Y SELLO	

Inmunizaciones

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO - EMPRESA Y USUARIO					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA O NOMBRE DE LA EMPRESA	RUC	CEU	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
INTERMIX S.A			DEPARTAMENTO MÉDICO		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEJO	CARGO / OCUPACIÓN
				H	Contador General

B. INMUNIZACIONES							
VACUNAS	DOGIS	FECHA (aaaa / mm / dd)	LOTE	ESQUEMA COMPLETO (marcar X)	NOMBRES COMPLETOS DEL RESPONSABLE DE LA VACUNACIÓN	ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE SE COLOCÓ LA VACUNA	OBSERVACIONES
Tétanos / Difteria	1ª	1-2021	00100200 /Va		responsable	establecimient	observación
	2ª	0					
	3ª	0					
	4ª	0					
	5ª	0					
Hepatitis A	1ª	0					
	2ª	0					
	3ª	0					
Hepatitis B	1ª	1-2019	000				
	2ª	1-2021	00030004 /Va		a1	ee1	sla1
	3ª	0					
Influenza estacional	Dosis única	5-2017	000				
Fiebre Amarilla	Dosis única	0					
Sarampión - Rubéola	1ª	0					
	2ª	0					
INMUNIZACIÓN DE ACUERDO AL TIPO DE EMPRESA Y RIESGO							
	1ª						
	2ª						
	3ª						
	4ª						
	5ª						
	1ª						
	2ª						
	3ª						
	4ª						
	5ª						
	1ª						
	2ª						
	3ª						
	4ª						
	5ª						
	1ª						
	2ª						
	3ª						
	4ª						
	5ª						

La vacuna contra la fiebre Amarilla es obligatorio para quien viva o se desplace en la Región Amazónica, su aplicación es hasta los 59 años de edad

Certificado Médico

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO - EMPRESA Y USUARIO					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA O NOMBRE DE LA EMPRESA	RUC	CRU	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
INTERMIX S.A			DEPARTAMENTO MÉDICO		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	CARGO / OCUPACIÓN
				F	Contador General

B. DATOS GENERALES					
FECHA DE EMISIÓN:	<input type="text"/>				
EVALUACIÓN:	INGRESO <input type="checkbox"/>	PERIÓDICO <input type="checkbox"/>	REINTEGRO <input type="checkbox"/>	SALIDA <input type="checkbox"/>	

C. CONCEPTO PARA APTITUD LABORAL			
Después de la valoración médica ocupacional se certifica que la persona en mención, es calificada como:			
APTO	<input type="checkbox"/>	APTO EN OBSERVACIÓN	<input type="checkbox"/>
APTO CON LIMITACIONES	<input type="checkbox"/>	NO APTO	<input type="checkbox"/>
DETALLE DE OBSERVACIONES:			

D. CONDICIONES DE SALUD AL MOMENTO DEL RETIRO		
Después de la valoración médica ocupacional se certifica las condiciones de salud al momento del retiro	SATISFACTORIO <input type="checkbox"/>	NO SATISFACTORIO <input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES RELACIONADAS CON LAS CONDICIONES DE SALUD AL MOMENTO DEL RETIRO		

E. RECOMENDACIONES
OTRA VEZ ENFEREMA

Con este documento certifico que el trabajador se ha sometido a la evaluación médica requerida para (el ingreso / la ejecución / el reintegro y retiro) al puesto laboral y se ha informado de los riesgos relacionados con el trabajo emitiendo recomendaciones relacionadas con su estado de salud.

La presente certificación se expide con base en la historia ocupacional del usuario(a), la cuál tiene carácter de confidencial.

F. DATOS DEL PROFESIONAL DE SALUD+B16			G. FIRMA DEL USUARIO
NOMBRES Y APELLIDOS	CÓDIGO	FIRMA Y SELLO	

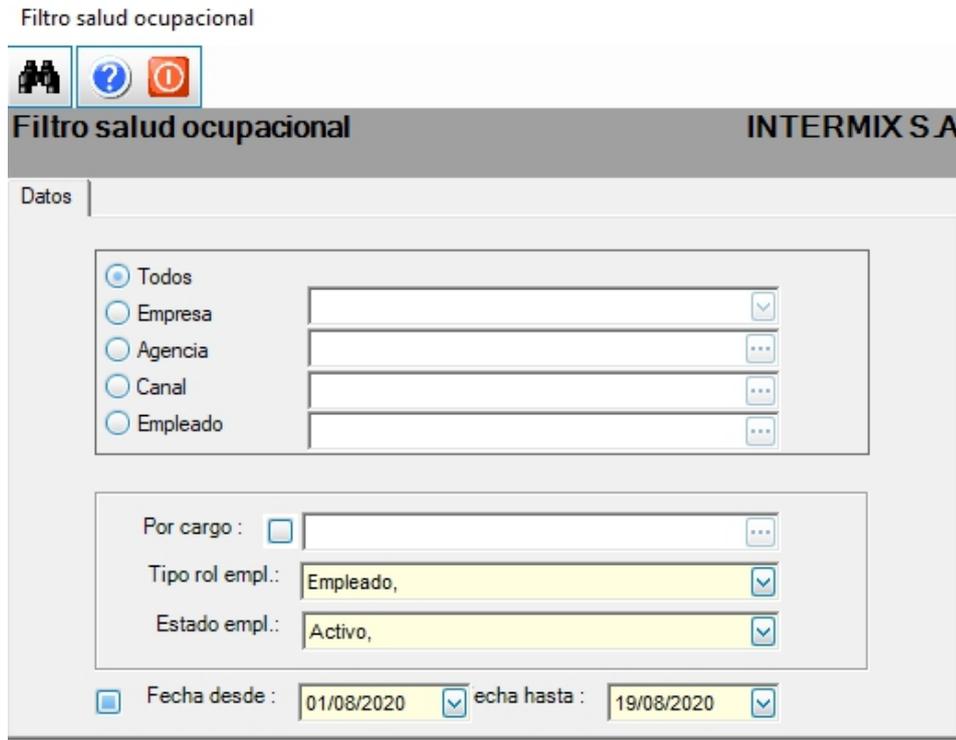
HC Pos - Ocupacional

La HC Pos – Ocupacional, se realiza cuando el empleado finaliza la relación laboral con la organización y es necesario llevar registro de las condiciones de salud que tiene el empleado al salir de la empresa.

Filtro

El visor múltiple puede contener una gran cantidad de registros, por lo que se presenta un filtro que solicita los siguientes datos para delimitar la búsqueda:

Filtro salud ocupacional



INTERMIX S.A.

Datos

Todos
 Empresa
 Agencia
 Canal
 Empleado

Por cargo :

Tipo rol empl.: Empleado,
Estado empl.: Activo,

Fecha desde : 01/08/2020 fecha hasta : 19/08/2020

- *Todos*: Este filtro permite consultar todos los empleados de la empresa
- *Empresa*: Permite seleccionar la empresa a consultar
- *Agencia*: Permite seleccionar la agencia a consultar
- *Canal*: Canal o lugar de trabajo que se requiere consultar
- *Empleado*: Este campo permite realizar una búsqueda específica por nombre
- *Por cargo*: Permite realizar la búsqueda por cargo
- *Tipo rol empl.*: Este campo permite realizar la búsqueda por tipo de rol: *Empleado / Tercerizado / Eventual / Temporada, etc*
- *Estado empl.*: Este campo permite realizar la búsqueda por estado del empleado: *Inactivo / Activo / Pendiente / Temporalmente inactivo.*
- *Fecha desde / hasta*: Contiene el rango de fechas que se requiere consultar

Visor Múltiple

El visor múltiple muestra la lista de las personas que tienen ficha HC Pos-Ocupacional



Secuencial	Empresa	Identificación	Apellido	Nombre	Tipo rol	Fecha ingreso	Fecha salida	Estado empl.
5	INTERMIX S.A		ZAMBRANO NARVAEZ	DARIO LEONARDO	Empleado	24/06/2018	01/01/1900	Activo

- *Secuencial*: Número generado automáticamente por el sistema
- *Empresa*: Empresa a la que pertenece el empleado
- *Identificación*: Número de identificación del empleado
- *Apellido*: Apellidos del empleado
- *Nombre*: Nombres del empleado
- *Tipo de rol*: Este campo muestra datos por tipo de rol: *Empleado* / *Tercerizado* / *Eventual* / *Temporada*, etc
- *Fecha de ingreso*: Fecha de ingreso del empleado a la empresa
- *Fecha de salida*: Fecha de salida del empleado de la empresa
- *Estado empl.*: Este campo visualiza el estado del empleado: *Inactivo* / *Activo* / *Pendiente* / *Temporalmente inactivo*.

Botones principales



Archivos pdf

Este botón permite cargar archivos en formato pdf desde el Pictor. Para esta opción es necesario que se encuentre instalado el módulo de *Gestión de Documentos*, ya que mediante éste módulo, es posible la configuración de documentos que se van a capturar.

Pestaña Datos

Dentro de esta pestaña, el campo *Tipo documento*, visualiza todos los documentos asignados a la carpeta *DOCUMENTOS DE SALUD OCUPACIONAL*.

La definición de documentos puede cambiar de acuerdo al requerimiento de cada cliente:

Imagen

Imagen INTERMIX S.A

Datos Captura archivo

Carpeta : DOCUMENTOS DE SALUD OCUPACIONAL

Tipo documento : VACUNACIÓN Hepatitis A

Carpeta claves :

Nombre	Clave
HCEMCODIGO	126
GENECODIGO	536

Record 1 of 2

Documentos claves :

Nombre	Clave
HCEMCODIGO	126
GENEIDENTIFICACION	1307838050

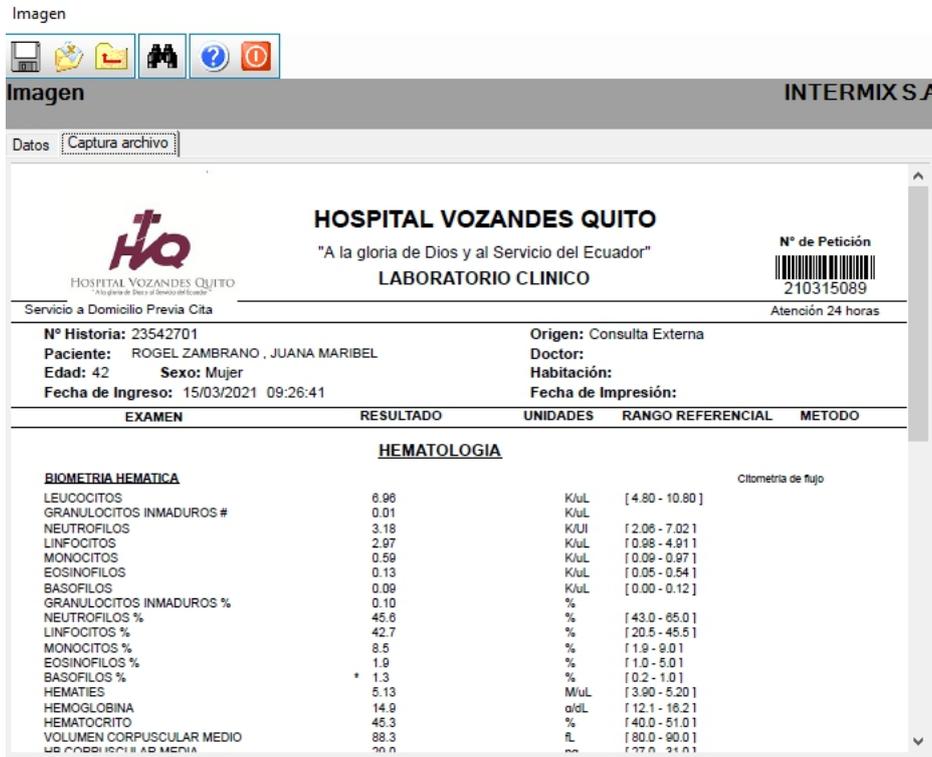
Record 1 of 2

Luego de lo cual, con el botón Pdf , se indica la ruta en el *Explorador de Windows*, en donde se encuentra el examen en formato pdf, que se va a cargar.

Pestaña Captura archivo

Dentro de esta pestaña, se visualiza el examen en formato pdf, que se carga en la pestaña Datos.

Imagen



EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	RANGO REFERENCIAL	METODO
HEMATOLOGIA				
BIOMETRIA HEMATICA				
LEUCOCITOS	6.66	K/uL	[4.80 - 10.80]	Citometría de flujo
GRANULOCITOS INMADUROS #	0.01	K/uL		
NEUTROFILOS	3.18	K/uL	[2.06 - 7.02]	
LINFOCITOS	2.97	K/uL	[0.98 - 4.91]	
MONOCITOS	0.59	K/uL	[0.09 - 0.97]	
EOSINOFILOS	0.13	K/uL	[0.05 - 0.54]	
BASOFILOS	0.09	K/uL	[0.00 - 0.12]	
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.10	%		
NEUTROFILOS %	45.6	%	[43.0 - 65.0]	
LINFOCITOS %	42.7	%	[20.5 - 45.5]	
MONOCITOS %	8.5	%	[1.9 - 9.0]	
EOSINOFILOS %	1.9	%	[1.0 - 5.0]	
BASOFILOS %	1.3	%	[0.2 - 1.0]	
HEMATIES	5.13	M/uL	[3.90 - 5.20]	
HEMOGLOBINA	14.9	g/dL	[12.1 - 16.2]	
HEMATOCRITO	45.3	%	[40.0 - 51.0]	
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	88.3	fL	[80.0 - 90.0]	
HEMOGLOBINA M	20.0	g/g	[27.0 - 34.0]	

Finalmente se hace clic en el botón *Grabar*, para que este archivo en formato pdf se pueda almacenar, en la carpeta configurada con esta finalidad.

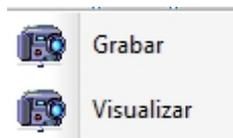


Archivos pdf

Este botón permite cargar archivos en formato pdf mediante E-business. Para esta opción es necesario que los archivos a cargar, se encuentren configurados y asignados a la pantalla donde se va a producir la carga.

La configuración se realiza en el módulo de *Consola*, menú *Imágenes*, opción *Documentos por pantalla*.

Las siguientes opciones, se presentan para realizar el proceso de captura:



- Desde la opción **Grabar**, se carga el archivo relacionado al examen que se indica, seleccionando el campo *Tipo archivo*.

Modificar entrega






Modificar entrega **INTERMIX SA**

Datos

Tipo archivo :



Luego se hace clic en el botón *Cargar archivo*, que nos lleva a la ruta en el *Explorador de Windows*, en donde se encuentra el examen en formato pdf, que se va a cargar y se visualiza la imagen del examen.

Modificar entrega






Modificar entrega **INTERMIX SA**

Datos

Tipo archivo :



HOSPITAL VOZANDES QUITO
"A la gloria de Dios y al Servicio del Ecuador"
LABORATORIO CLINICO

N° Historia: 23542701

Paciente: ROGEL ZAMBRANO, JUANA MARIBEL

Edad: 42 Sexo: Mujer

Fecha de Ingreso: 15/03/2021 09:26:41

Origen: Consulta Externa

Doctor:

Habitación:

Fecha de Impresión:

N° de Petición
210315089

Atención 24 horas

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	RANGO REFERENCIAL	METODO
HEMATOLOGIA				
<i>Citometria de flujo</i>				
BIOMETRIA HEMATICA				
LEUCOCITOS	6.96	KUL	[4.80 - 10.80]	
GRANULOCITOS INMADUROS #	0.01	KUL		
NEUTROFILOS	3.18	KUL	[2.05 - 7.02]	
LINFOCITOS	2.97	KUL	[0.98 - 4.91]	
MONOCITOS	0.59	KUL	[0.09 - 0.97]	
EOSINOFILOS	0.13	KUL	[0.05 - 0.54]	
BASOFILOS	0.09	KUL	[0.00 - 0.12]	
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.10	%		
NEUTROFILOS %	45.6	%	[43.0 - 66.0]	
LINFOCITOS %	42.7	%	[20.5 - 45.5]	
MONOCITOS %	8.5	%	[1.9 - 9.0]	
EOSINOFILOS %	1.9	%	[1.0 - 5.0]	
BASOFILOS %	1.3	%	[0.2 - 1.0]	
HEMATIES	5.13	MUL	[3.90 - 5.20]	
HEMOGLOBINA	14.9	g/dL	[12.1 - 16.2]	
HEMATOCRITO	45.3	%	[40.0 - 51.0]	
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	88.3	fL	[80.0 - 90.0]	
HB CORPUSCULAR MEDIA	29.0	pg	[27.0 - 31.0]	
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	32.9	g/dL	[32.0 - 36.0]	

Finalmente se hace clic en el botón *Grabar*.

- Desde la opción **Visualizar**, se muestra el examen en el momento que el colaborador lo requiera.

Modificar entrega

Modificar entrega INTERMIX S.A

Datos

Tipo archivo : Exámenes de Laboratorio-Coprológico



HOSPITAL VOZANDES QUITO

"A la gloria de Dios y al Servicio del Ecuador"

LABORATORIO CLINICO

N° de Petición



210315089

Servicio a Domicilio Previa Cita Atención 24 horas

<p>N° Historia: 23542701</p> <p>Paciente: ROGEL ZAMBRANO, JUANA MARIBEL</p> <p>Edad: 42 Sexo: Mujer</p> <p>Fecha de Ingreso: 15/03/2021 09:26:41</p>	<p>Origen: Consulta Externa</p> <p>Doctor:</p> <p>Habitación:</p> <p>Fecha de Impresión:</p>
---	--

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	RANGO REFERENCIAL	METODO
HEMATOLOGIA				
BIOMETRIA HEMATICA				
LEUCOCITOS	6.96	KUL	[4.80 - 10.80]	Citometria de flujo
GRANULOCITOS INMADUROS #	0.01	KUL		
NEUTROFILOS	3.18	KUL	12.06 - 7.021	
LINFOCITOS	2.97	KUL	10.98 - 4.911	
MONOCITOS	0.59	KUL	10.09 - 0.971	
EOSINOFILOS	0.13	KUL	10.05 - 0.541	
BASOFILOS	0.09	KUL	[0.00 - 0.12]	
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.10	%		
NEUTROFILOS %	45.6	%	143.0 - 66.01	
LINFOCITOS %	42.7	%	120.5 - 45.51	
MONOCITOS %	8.5	%	119 - 9.01	
EOSINOFILOS %	1.9	%	11.0 - 5.01	
BASOFILOS %	1.3	%	10.2 - 1.01	
HEMATIES	5.13	MUL	13.90 - 5.201	
HEMOGLOBINA	14.9	g/dL	112.1 - 16.21	
HEMATOCRITO	45.3	%	140.0 - 51.01	
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	88.3	fL	88.0 - 90.01	
HB CORPUSCULAR MEDIA	29.0	pg	27.0 - 31.01	
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	32.9	gHl	132.0 - 36.01	

Visor Simple

Para crear una nueva HC Pos-Ocupacional, se hace clic en el botón *Nuevo*  , que muestra la siguiente pantalla y pestañas:

Pestaña Datos

Información extraída de la Ficha del Empleado.

Ficha Pos Ocupacional Vs







Ficha Pos Ocupacional Vs INTERMIX S.A

Datos | Antecedentes | Gineco-Obstetiz | Exámenes de Laboratorio | Exámenes Complementarios | Revisión del sistema | Exámen Físico

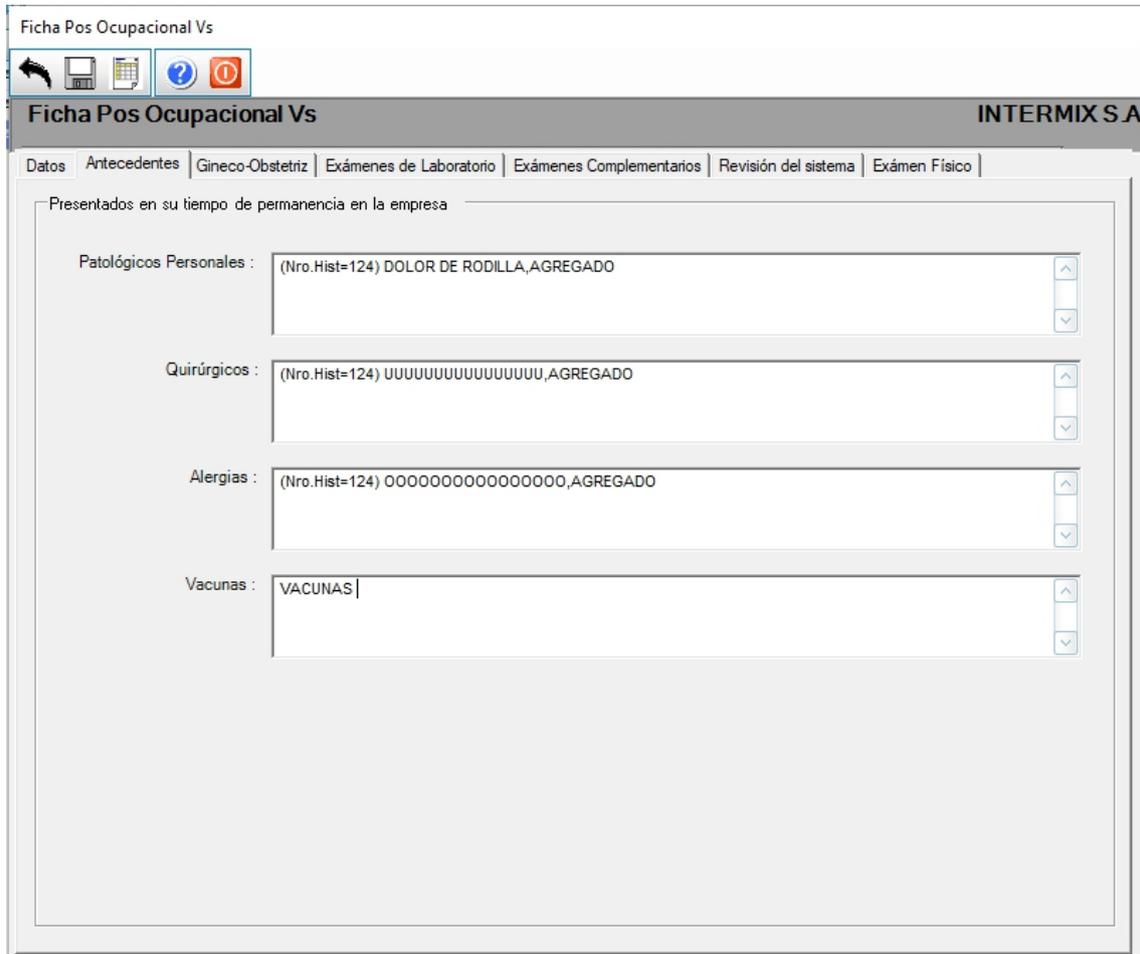
Secuencial	<input type="text" value="5"/>	Fecha:	<input type="text" value="28/07/2018 0:00:00"/>	
Empresa:	<input type="text" value="INTERMIX S.A"/>			
Tipo rol:	<input type="text" value="Empleado"/>			
Nombres:	<input type="text" value="ZAMBRANO NARVAEZ DARIO LEONARDO"/>			
Cargo:	<input type="text" value="Cajero / Semi Senior / fffff / edrferer"/>			
Lugar trabajo:	<input type="text" value="SANGOLQUI / TEST2"/>			
Departamento:	<input type="text" value="Gerencia General / Gerencia de sistemas / Desarrollo de Sistemas"/>			
Fecha de Nacimiento:	<input type="text" value="23/11/1939"/>	Edad:	<input type="text" value="82"/>	Género:
Estado Civil:	<input type="text" value="Soltero (a)"/>	Profesión:	<input type="text"/>	
Dirección:	<input type="text" value="QUITO, CallePrincipal Nro"/>			
Teléfono:	<input type="text"/>	Movil:	<input type="text"/>	Sangre:
Estado empleado:	<input type="text" value="Activo"/>			

- *Secuencial*: Número generado automáticamente por el sistema
- *Fecha*: Fecha en la cual se realiza la ficha Pos-Ocupacional
- *Empresa*: Empresa dentro de la cual trabaja el empleado
- *Tipo rol*: Este campo muestra la información de tipo de rol: *Empleado / Tercerizado / Eventual / Temporada, etc.*
- *Nombres*: Nombres y apellidos del empleado
- *Cargo*: Cargo que desempeña el empleado dentro de la empresa
- *Lugar trabajo*: Lugar de trabajo del empleado
- *Departamento*: Departamento al cual pertenece el empleado
- *Fecha de Nacimiento*: Fecha de nacimiento del empleado
- *Edad*: Edad del empleado
- *Género*: Género del empleado: *Masculino / Femenino*
- *Estado Civil*: Estado civil del empleado: *Soltero / Casado / Divorciado*
- *Profesión*: Profesión que posee el empleado
- *Dirección*: Dirección del empleado
- *Teléfono*: Teléfono convencional del empleado
- *Móvil*: Número de celular del empleado
- *Tipo Sangre*: Se especifica el tipo de sangre del empleado

- *Estado empleado:* Este campo muestra información por estado del empleado: *Inactivo / Activo / Pendiente / Temporalmente inactivo.*

Pestaña Antecedentes

Muestra información generada en las HC anteriores o consulta subsecuente



- *Patológicos personales:* Enfermedades que ha desarrollado o mantiene el paciente o empleado en comparación con la ficha HC Pre – Ocupacional.
- *Quirúrgicos:* Es el registro de cirugías realizadas al paciente, durante el tiempo de permanencia en la organización.
- *Alergias:* Registro de alergias a medicamentos, reacciones anafilácticas y alimenticias, desarrolladas durante la permanencia en la organización.
- *Vacunas:* Registro de vacunas realizadas al empleado o paciente, durante el tiempo de permanencia en la organización.

Pestaña Gineco-Obstetriz

Información extraída de la HC Pre-Ocupacional, con la ficha de Antecedentes Médicos.

Ficha Pos Ocupacional Vs



Ficha Pos Ocupacional Vs INTERMIX SA

Datos | Antecedentes | **Gineco-Obstetriz** | Exámenes de Laboratorio | Exámenes Complementarios | Revisión del sistema | Exámen Físico

Ginecología

Ciclo Menstrual
Ciclo Menstrual : Regular Fecha de Ultima Menstruación : 23/07/2018 0:00:00

Gestiones
Gestaciones : 1 Partos : 1 Abortos : 0 Cesáreas : 1 Embarazos Ectópicos : 0

Citología
Fecha Ultima Citología : 23/01/2018 0:00:00 Resultado Citología : TODO NORMAL xxxxxxxx

Planificación
Planificación Familiar : SI Método de Planificación : Dispositivos Orales

Ciclo Menstrual

- *Ciclo menstrual*: Irregular / Menopausia / Regular
- *Fecha de Última Menstruación*: Fecha de la última menstruación de la paciente

Gestaciones

- *Gestaciones*: Número de gestaciones que ha tenido la paciente
- *Partos*: Número de partos registrados por la paciente
- *Abortos*: Número de abortos
- *Cesáreas*: Número de cesáreas
- *Embarazos Ectópicos*: Número de embarazos cuando el óvulo fertilizado se implanta fuera del útero.

Citología

- *Fecha última Citología*: Última fecha en la cual la paciente se realizó una prueba de Papanicolaou.
- *Resultado Citología*: Resultado de la prueba de Papanicolaou

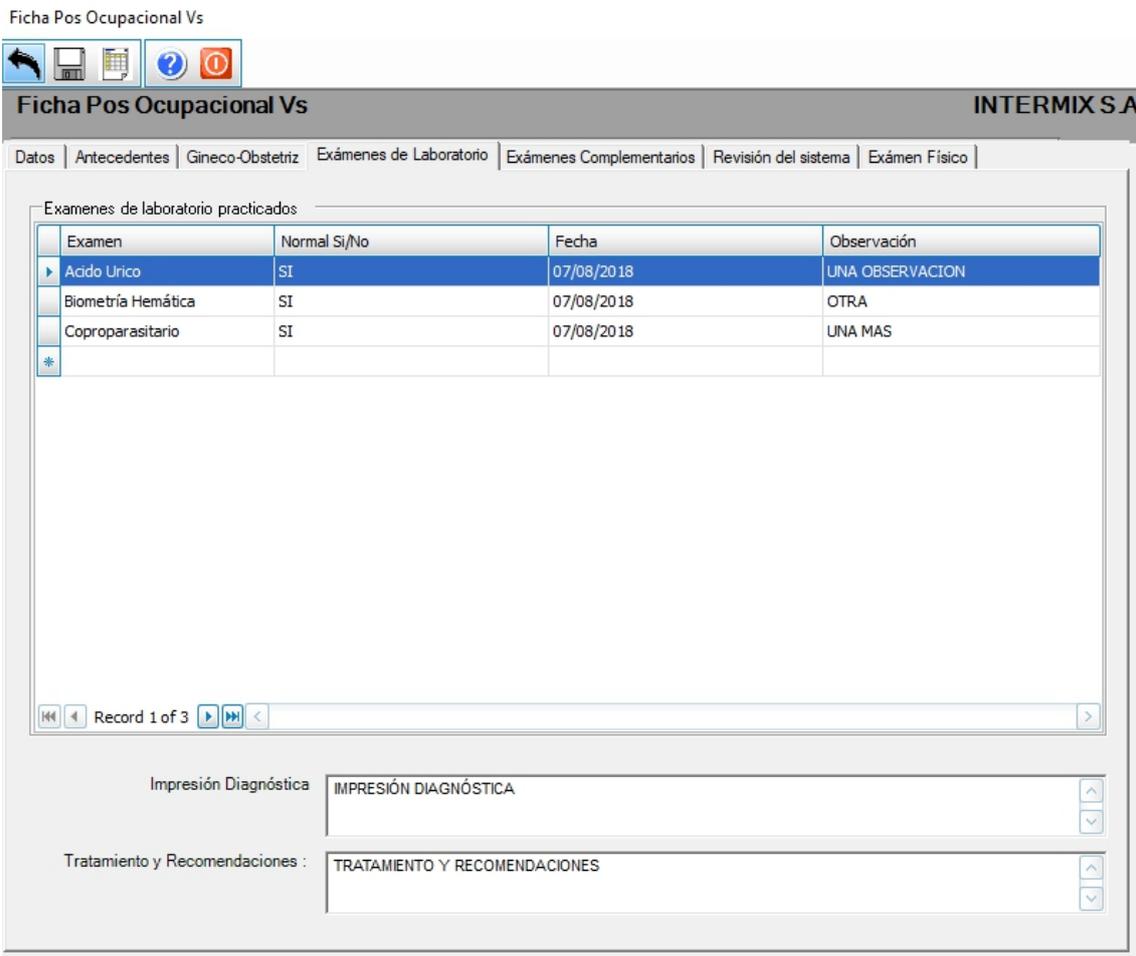
Planificación Familiar

- *Planificación Familiar:* Si / No
- *Método de Planificación:* Anticonceptivos inyectables: Dispositivos intrauterinos / Dispositivos orales / Implantes subdérmicos / Ninguno / Otro / Preservativo / Ritmo.

Pestaña Exámenes de Laboratorio

Extrae información de la HC Pre-Ocupacional y HC Ocupacional. Se puede agregar nuevos exámenes, realizados al momento de realizar la HC Pos Ocupacional.

Ficha Pos Ocupacional Vs



Exámenes de laboratorio practicados

Examen	Normal Si/No	Fecha	Observación
Acido Úrico	SI	07/08/2018	UNA OBSERVACION
Biometría Hemática	SI	07/08/2018	OTRA
Coproparasitario	SI	07/08/2018	UNA MAS
*			

Record 1 of 3

Impresión Diagnóstica: IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Tratamiento y Recomendaciones: TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

- *Examen:* Ácido úrico / Biometría hemática / Colesterol total / Coprológico / Coproparasitario / Creatinina / Glucosa / HDL / LDL / Triglicéridos / Urea / Uroanálisis (EMO) / VDRL.
- *Normal:* Si / No
- *Fecha:* Fecha en que el empleado se realiza el examen
- *Observación:* Detalles adicionales en cuanto a la HC Pos-Ocupacional
- *Impresión Diagnóstica:* Nombre de la dolencia o enfermedad diagnosticada al paciente o empleado.
- *Tratamiento y Recomendaciones:* Pasos a seguir para curar la enfermedad o dolencia del paciente o empleado y sugerencias para mejorar estilo de vida, mejores hábitos alimenticios, dietas, ejercicios o consulta con otros especialistas.

Pestaña Exámenes Complementarios

Se registra información de los resultados de exámenes de radiografía y exámenes especiales

Ficha Pos Ocupacional Vs

← 🖨️ 📅 ? ⏸

Ficha Pos Ocupacional Vs INTERMIX S.A

Datos | Antecedentes | Gineco-Obstetriz | Exámenes de Laboratorio | **Exámenes Complementarios** | Revisión del sistema | Examen Físico

Exámenes Complementarios de Imágen

Fecha	Detalle
▶ 01/08/2018	Detalle
*	

Record 1 of 1

Exámenes Especiales

Fecha	Detalle	Observación
▶ 07/08/2018	Detalle	Observación
*		

Record 1 of 1

Exámenes complementarios de Imagen

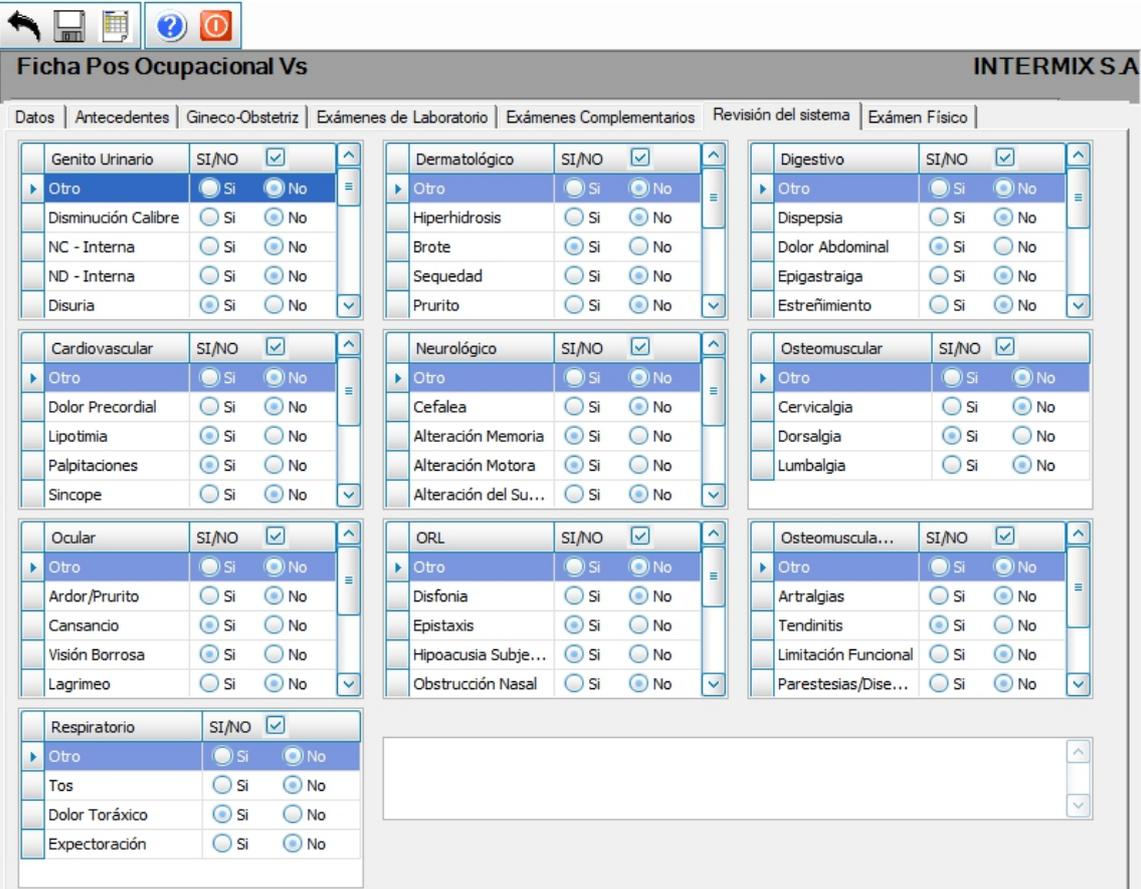
- **Fecha:** Fecha en que se realizan los exámenes de imágenes: *Ecografía / Radiografía / Resonancia magnética / Tomografía.*
- **Detalle:** Breve explicación del examen a realizar

Exámenes Especiales

- **Fecha:** Fecha en que se recomienda realizar exámenes especiales
- **Detalle:** Breve explicación del examen a realizar
- **Observación:** Sí hubiera alguna observación o indicación particular

Pestaña Revisión del sistema

Ficha Pos Ocupacional Vs



Ficha Pos Ocupacional Vs INTERMIX S.A

Datos | Antecedentes | Gineco-Obstetriz | Exámenes de Laboratorio | Exámenes Complementarios | **Revisión del sistema** | Exámen Físico

Genito Urinario	SI/NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Otro	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Disminución Calibre	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
NC - Interna	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
ND - Interna	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Disuria	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	

Dermatológico	SI/NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Otro	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Hiperhidrosis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Brote	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Sequedad	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Prurito	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	

Digestivo	SI/NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Otro	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Dispepsia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Dolor Abdominal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Epigastria	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Estreñimiento	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	

Cardiovascular	SI/NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Otro	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Dolor Precordial	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Lipotimia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Palpitaciones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Sincope	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	

Neurológico	SI/NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Otro	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Cefalea	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Alteración Memoria	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Alteración Motora	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Alteración del Su...	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	

Osteomuscular	SI/NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Otro	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Cervicalgia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Dorsalgia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Lumbalgia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	

Ocular	SI/NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Otro	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Ardor/Prurito	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Cansancio	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Visión Borrosa	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Lagrimo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	

ORL	SI/NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Otro	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Disfonia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Epistaxis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Hipoacusia Subje...	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Obstrucción Nasal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	

Osteomuscula...	SI/NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Otro	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Artralgias	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Tendinitis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Limitación Funcional	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Parestesias/Dise...	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	

Respiratorio	SI/NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Otro	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Tos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Dolor Torácico	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Expectoración	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	

Genito Urinario

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Disminución Calibre*: Disminución del chorro miccional
- *NC-Interna*: Exploración física del aparato genitourinario
- *ND-Interna*: Exploración del aparato urinario
- *Disuria*: Si / No, dolor al miccionar
- *Hematuria*: Si / No, sangre al miccionar
- *Trastornos del ciclo menstrual*: Si / No
- *Nicturia*: Si / No, expulsión involuntaria de orina durante la noche
- *Polaquiuria*: Si / No, aumento de micciones
- *Tenesmo vesical*: Si / No, deseo imperioso de miccionar

Dermatológico

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Hiperhidrosis*: Si / No, sudoración excesiva generalmente en las palmas de las manos
- *Brote*: Si / No, inflamación cutánea
- *Sequedad*: Si / No, falta de humedad cutánea
- *Prurito*: Si / No, comezón que se siente en todo el cuerpo y la necesidad de rascarse
- *Descamación*: Si / No, pérdida de capa externa de la piel
- *Eritema*: Si / No, trastorno de la piel que se produce cuando hay un exceso de riego sanguíneo por vasodilatación.

Digestivo

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Dispepsia*: Si / No, dolor o molestia en la zona alta del abdomen
- *Dolor abdominal*: Si / No, molestia o dolor en el área abdominal en general
- *Epigastralgia*: Si / No, sensación de molestia y dolor en la boca del estómago
- *Estreñimiento*: Si / No, alteración del intestino que consiste en una excesiva retención de agua y consiguiente endurecimiento de las heces
- *Diarrea*: Si / No, la diarrea es la evacuación intestinal de heces flojas y líquidas, tres o más veces al día.
- *Sangrado*: Si / No, sangrado en el intestino

Cardiovascular

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Dolor Precordial*: Si / No, dolor en el pecho
- *Lipotimia*: Si / No, pérdida repentina y pasajera del conocimiento, producido por la falta de riego sanguíneo en el cerebro.
- *Palpitaciones*: Si / No, sensaciones que representan un ritmo cardíaco anormal
- *Sincope*: Si / No, es una pérdida brusca y temporal de la conciencia y del tono postural, de duración breve y con recuperación espontánea.
- *Disnea*: Si / No, sensación de falta de aire

Neurológico

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Cefalea*: Si / No, dolor de cabeza intenso y persistente
- *Alteración Memoria*: Si / No, pérdida de memoria
- *Alteración Motora*: Si / No, alteración en el tono muscular, postura y la marcha
- *Alteración del Sueño*: Si / No, alteraciones del sueño
- *Vértigo*: Si / No, sensación de movimiento o giros que a menudo se describe como mareo.

Osteomuscular

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Cervicalgia*: Si / No, dolor en la región de la columna – cervical – cuello
- *Dorsalgia*: Si / No, dolor en la zona dorsal de la espalda, que se encuentra en la zona de los omoplatos.
- *Lumbalgia*: Si / No, dolor causado por una lesión en un músculo (distensión) o ligamento (esguince).

Ocular

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Ardor / Prurito*: Si / No, comezón o ardor ocular
- *Cansancio*: Si / No, debido al uso intenso de los ojos
- *Visión borrosa*: Si / No, pérdida de la agudeza visual
- *Lagrimo*: Si / No, lagrimeo excesivo de los ojos
- *Ojo Rojo*: Si / No, causado por alguna infección o cuerpo extraño

ORL

- *Otro*: Otro diagnóstico

-
- *Disfonía*: Si / No, transformación de la fonación, debido a cambios en las cuerdas vocales
 - *Epistaxis*: Si / No, sangrado nasal
 - *Hipoacusia Subjetiva*: Si / No, sordera súbita
 - *Obstrucción nasal*: Si / No, cornetes agrandados, adenoides agrandadas
 - *Rinorrea*: Si / No, nariz congestionada o tapada, se produce cuando los tejidos que la recubren se hinchan.

Osteomusculares

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Artralgias*: Si / No, dolor en las articulaciones
- *Tendinitis*: Si / No, lesión de un tendón, caracterizado por la inflamación, irritación o hinchazón del mismo.
- *Limitación funcional*: Si / No, limitación funcional de los músculos
- *Parestesias / Disestesias*: Si / No, las disestesias son sensaciones desagradables o anormales, con o sin estímulos presentes, mientras que las parestesias son sensaciones anormales, sin estímulo previo, descritas como “hormigueos” o “miembro dormido”.

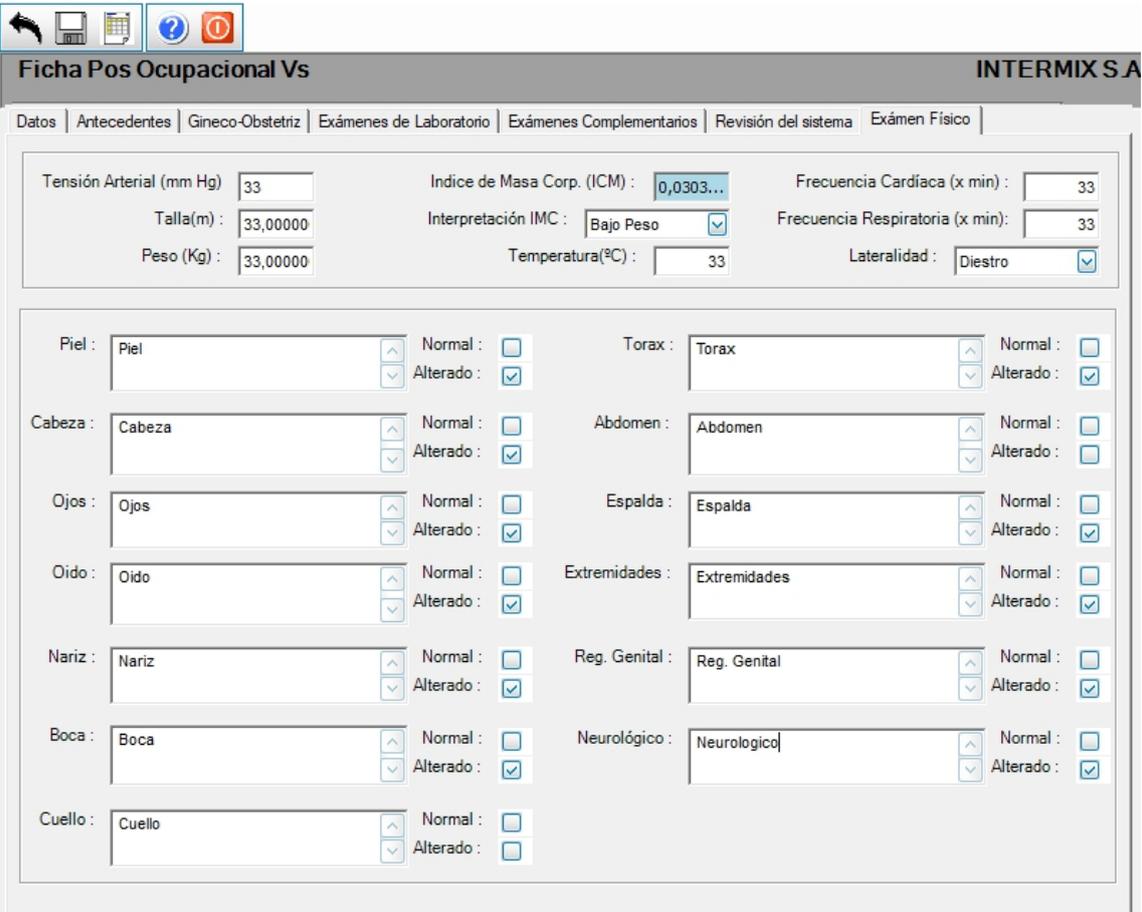
Respiratorio

- *Otro*: Otro diagnóstico
- *Tos*: Si / No, reflejo que mantiene despejada la garganta y las vías respiratorias
- *Dolor torácico*: Si / No, dolor o molestia anómala localizada en el tórax, entre el diafragma y la base del cuello.
- *Expectoración*: Si / No, expulsión mediante la tos o el carraspeo de las flemas u otras secreciones, formadas en las vías respiratorias.

Pestaña Examen físico

Registro del estado físico del paciente o empleado, al salir de la organización

Ficha Pos Ocupacional Vs



Ficha Pos Ocupacional Vs INTERMIX S.A.

Datos | Antecedentes | Gineco-Obstetriz | Exámenes de Laboratorio | Exámenes Complementarios | Revisión del sistema | Examen Físico

Tensión Arterial (mm Hg): 33 Índice de Masa Corp. (ICM): 0,0303... Frecuencia Cardíaca (x min): 33
 Talla(m): 33,00000 Interpretación IMC: Bajo Peso Frecuencia Respiratoria (x min): 33
 Peso (Kg): 33,00000 Temperatura(°C): 33 Lateralidad: Diestro

Piel: Piel Normal: Alterado:

Torax: Torax Normal: Alterado:

Cabeza: Cabeza Normal: Alterado:

Abdomen: Abdomen Normal: Alterado:

Ojos: Ojos Normal: Alterado:

Espalda: Espalda Normal: Alterado:

Oído: Oído Normal: Alterado:

Extremidades: Extremidades Normal: Alterado:

Nariz: Nariz Normal: Alterado:

Reg. Genital: Reg. Genital Normal: Alterado:

Boca: Boca Normal: Alterado:

Neurológico: Neurologico Normal: Alterado:

Cuello: Cuello Normal: Alterado:

- **Tensión Arterial (mm /Hg):** Valor numérico de la presión arterial, medida en milímetros de mercurio.
- **Talla (m):** Valor numérico de la talla del empleado o paciente, en unidad metros
- **Peso (kg):** Valor numérico del peso, en unidad kilogramos
- **Índice de Masa Corp. (ICM):** Valor calculado automáticamente
- **Interpretación IMC:** Bajo peso / Normal / Obesidad 1 / Obesidad 2 / Obesidad 3 / Sobrepeso.
- **Temperatura (°C):** Temperatura corporal en unidad de grados centígrados
- **Frecuencia cardíaca (x min.):** Valor numérico, cantidad de veces que el corazón late por minuto.
- **Frecuencia Respiratoria (x min.):** Valor numérico del número de respiraciones por minuto
- **Lateralidad:** Ambidiestro / Diestro / Zurdo

Los siguientes campos son abiertos y se registran a modo de observaciones, pudiendo tener dos estados: normal o alterado:

- **Piel:** Estado visual, físico o características de la piel

-
- *Cabeza*: Estado visual, físico o características de la cabeza
 - *Ojos*: Estado visual, físico o características de los ojos
 - *Oído*: Estado visual, físico o características del oído
 - *Nariz*: Estado visual, físico o características de nariz
 - *Boca*: Estado visual, físico o características de la boca
 - *Cuello*: Estado visual, físico o características del cuello
 - *Tórax*: Estado visual, físico o características del Tórax
 - *Abdomen*: Estado visual, físico de la zona abdominal
 - *Espalda*: Estado visual, físico o características, simetría de la espalda
 - *Extremidades*: Estado visual, físico, simetría de las extremidades superiores e inferiores.
 - *Reg. Genital*: Estado visual, físico o características de la zona genital
 - *Neurológico*: Estado mental o situación psicológica

Botones Principales



Imprimir Historia Clínica

Este botón permite imprimir la HC Pos-Ocupacional del empleado, al cual se está analizando

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO - EMPRESA Y USUARIO									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA O NOMBRE DE LA EMPRESA		RUC	OSU	ESTABLECIMIENTO DE SALUD			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA		NÚMERO DE ARCHIVO
INTERMEX S.A.		1791753291001		DEPARTAMENTO MÉDICO					5
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA DE INICIO DE LABORES	FECHA DE SALIDA	TIEMPO (meses)	PUESTO DE TRABAJO (CUC)
					H	2018-06-24		0,00	ediferrer
ACTIVIDADES			FACTORES DE RIESGO						
ediferrer			Iluminación insuficiente; Ruido; Inadecuada; Tipo de físico reducido; Gases de (especificar); Smog (contaminación ambiental); Consumo de alimentos no garantizados;						

B. ANTECEDENTES PERSONALES										
ANTECEDENTES CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS										
Presenta cuadro de asma en bajo nivel. Por el cual el paciente suele tener cuadros de ataques cardio respiratorios. Polvos y ácaros. Operación de vesícula, apendicitis y rinoplastia.										
ACCIDENTES DE TRABAJO (DESCRIPCIÓN)										
FUE CALIFICADO POR EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE					SI	<input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR:	NO	<input type="checkbox"/>	FECHA:
Observaciones:										
Declaro aquí en caso se presume de algún accidente de trabajo que no haya sido reportado o calificado:										
ENFERMEDADES PROFESIONALES										
FUE CALIFICADO POR EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE					SI	<input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR:	NO	<input type="checkbox"/>	FECHA:
Observaciones:										
Declaro aquí en caso se presume de alguna enfermedad relacionada con el trabajo que no haya sido reportado o calificado:										

C. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA								
PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)	TEMPERATURA (°C)	FRECUENCIA CARDÍACA (bpm)	SATURACIÓN DE OXÍGENO (SpO2)	FRECUENCIA RESPIRATORIA (bpm)	PESO (kg)	TALLA (cm)	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (kg/m²)	PERÍMETRO ABDOMINAL (cm)
10,00	111	11		11	11,00	11,00	0,09	

E. RESULTADOS DE EXÁMENES GENERALES Y ESPECIFICOS DE ACUERDO AL RIESGO Y PUESTO DE TRABAJO (IMAGEN, LABORATORIO Y OTROS)		
EXAMEN	FECHA	RESULTADOS
Acido Urico	2018-08-03	OBSERVACION
Colesterol Total	2018-08-03	CON NOVEDAD
OBSERVACIONES		

F. DIAGNÓSTICO		PRE - PRESUNTIVO	DEF - DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1	Descripción SIN DIAGNÓSTICO				X	
2						
3						

G. EVALUACIÓN MÉDICA DE RETIRO			
SE REALIZÓ LA EVALUACIÓN	SI	X	NO
Observación:			

H. RECOMENDACIONES Y/O TRATAMIENTO
Descripción
UN TRATAMIENTO

CERTIFICO QUE LO ANTERIORMENTE EXPRESADO EN RELACIÓN A MI ESTADO DE SALUD ES VERDAD. SE ME HA INFORMADO MI ESTADO ACTUAL DE SALUD Y LAS RECOMENDACIONES PERTINENTES.

I. DATOS DEL PROFESIONAL							J. FIRMA DEL USUARIO	
FECHA	2021-03-16	HORA	18:20	NOMBRES Y APELLIDOS	Sistemas	CÓDIGO	FIRMA Y SELLO	