19/3

SME
SERVICIO MEDICO
PARA EMPRESAS

SERVICIO MEDICO PARA EMPRESAS

EXAMENES MEDICO PRE OCUPACIONAL (Ley 24577 – Dec 043/97)

Agente: **KAREN DE LOS ANGELES GALARZA**

Empresa Solicitante: **ALLUS ARGENTINA SA**

SERVICIO MEDICO
PARA EMPRESAS

SERVICIO MEDICO PARA EMPRESAS
H. Irigoyen 159- E.Piso Oficina 11 Tefax 03722.442326
RESISTENCIA – CHACO
E-mail: josebotta@fibertel.com.ar

CUESTIONARIO DE HISTORIA CLINICA LABORAL

Este cuestionario debe ser completado por el propio interesado y tiene **caracter de declaración jurada** a los efectos de la Resolución 043/97 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, Ley 24577.

NOMBRE y APELLIDO:	EMPRESA SOLICITANTE:
Karen Galarza	AIWS
TAREA A DESEMPEÑAR Vendedor.	

EDAD 24 años	ESTADO CIVIL Soltera
FECHA DE NACIM: 28-04-1987	DOC. DE IDENTIDAD N° 32854989
DOMICILIO: Mz.27. C.43 8° Policial.	TE 15520884 - (3722)

ENCUESTA LABORAL

Sin omitir respuesta ni manifestar reticencia, marque el casillero correspondiente:

	SI	NO	
H a efectuado trabajo insalubre?		X	ul? No
Tuvo que dejar algún empleo por razones de salud?		X	Porqué?
Recibió o tiene pendiente o en trámite Indemnización por accidente laboral o Enfermedad profesional?		X	Motivo:
Ha sido exceptuado del Servicio Militar?		X	Porqué?
Le rechazaron alguna vez un Seguro de Vida?		X	Causas
Le rechazaron alguna vez su postulación a un empleo por motivos de salud?		X	Motivo
Tuvo operaciones?		X	Indique cuales:

Hospital o sanatorio donde estuvo internado (fuera de las ya mencionadas por operación (es).no
Cuantas horas duerme por día? 7 hs./dia
Cuantas horas trabaja? -
Fumador de cigarrillos? no Cuántos cigarrillos fuma por día?
Ingiere bebidas alcoholicas? no Cuánto por día?
Practica deportes? no Cuales?
Qué medicamentos toma? Anticonceptivos
Desde cuándo? 4 años.

ANTECEDENTES PERSONALES

Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades:

Marque con una X la respuesta correcta

	SI	NO		SI	NO
Tos convulsa		X	Ha movido el vientre de color negro		X
Neumonía		X	Tiene diarreas frecuentes		X
Reumatismo		X	Tiene dificultad para comenzar a orinar		X
Hepatitis		X	Tuvo arenillas o piedras en orina		X
Brucelosis o Fiebre onduiante		X	Tuvo sangre en orina		X
Asma		X	Se le hincharon los párpados		X
Alergia a distintos elementos (derivado a la penicilina, lana de vidrio?)		X	Se le hinchan los tobillos		X
Mareos		X	Dolor de estómago		X
Desmayos (pérdida de conocimiento)		X	Ha vomitado sangre		X
Vió alguna vez doble		X	Presión arterial alta		X
Distingue bien los colores	X		Ha tenido ictericia (piel amarilla)		X
Usa anteojos/lentes de contacto		X	Enfermedades venéreas		
Ve manchas delante de los ojos		X	Enfermedades de los riñones		X
Ha tenido sordera		X	Dolores de espalda o miembros		X
Zumbidos de oídos		X	Se considera nervioso		X
Resfrío frecuentes		X	Se suele sentir decaído		X
Hemorragias nasales frecuentes		X	Se irrita con facilidad		X
Sinusitis		X	Ha visto al médico para sus nervios		X
Dolor de garganta frecuente		X	**PARA MUJERES SOLAMENTE**		
Anginas		X	Ha tenido durezas o hinchazón en los senos		X
Sangran sus encías		X	Supuración o sangre en el pezón		X
Problemas de dentaduras		X	Operación de senos/ovarios		X
Usa dentadura postiza		X	Dolores durante la menstruación	X	
Se fatiga fácil (escalera, correr)		X	Guarda reposo durante la menstruación		X
Tuvo problemas pulmonares*		X	Cambia de carácter durante la menstruación (se irrita)		X
Tiene tos crónica		X	Oleadas de calor		X
Escupió sangre		X	Tiene pérdidas fuera de la menstruación		X
Tuvo radiografías de pulmones		X	Pérdidas de embarazos, espontáneo		X
Tiene silbidos en el pecho		X	Pérdidas de embarazos provocados		
Le molesta mucho el calor excesivo		X			

Declaro bajo juramento que la información suministrada en este registro es totalmente verídica y que no he actuado con reserva o reticencia alguna, notificándome que toda omisión o falsedad implicará la inmediata interrupción del proceso de contratación como asimismo al principio estatuido por el Capitulo VII Título del Régimen de Contrato de Trabajo.

FIRMA DEL POSTULANTE

FIRMA DEL MEDICO EXAMINADOR

Dr. JOSE LUIS [illegible]
MEDICO
M. Prov. 16[illegible]
Cuil: 20-11[illegible]

TIPO DE EXAMEN: KAREN DE LOS ANGELES GALARZA

INGRESO		PERIODICO		TRANSFERENCIA		EMPRESA	FECHA
ADAPTACION		AUSENCIA PROLONGADA		DE RETIRO		ALLUS ARGENTINA SA	15-12-11

EXAMEN CLINICO

APARATO DIGESTIVO Abdomen globuloso, no se palpan Organomegalias.	**APARATO RESPIRATORIO** Tórax simétrico, buena excursión de ambas bases A la auscultación no se detectan ruidos agregados
HERNIAS No presenta	**OROFARINGE** Buena conservación de sus piezas dentarias
APARATO CIRCULATORIO T.Art 100/80 pulso regular 70 x min. amplio Ruidos normo fonéticos en los 4 focos.	**APARATO NEUROMUSCULAR** Conservado
APARATO LOCOMOTOR Normal.	**EXAMEN NEUROLOGICO-PSIQUICO** TEMBLOR: MARCHA: EQUILIBRIO:
VARICES No presenta	**REFLEJOS ANORMALES** — DERECHO SI / NO — IZQUIERDO SI / NO
MIEMBRO INF. IZQ:	EPIGASTRIO
MIEMBRO INF. DER.: ☐ ☐	CREMASTERIC
TERRITORIO:	CLONUS DE
GOLFOS:	AQUILIANO
ESTADO D\ LA PIEL:Color: Normal	ROMBERG
Descamación: no	MIEMBROS SUPERIORES
Ulceras: no	
APARATO GENITOURINARIO — Peso 72 kg. Estatura 1.59	**PERSONALIDAD**: normal **INTELIGENCIA:** - Normal **TICS**: no presenta

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

ANALISIS DE LABORATORIO

ERITRO:	GLUCEMIA	VDRL	UREA:	CHAGAS
HEMOGRAMA:				
ORINA:				
RX. TORAX:				
RX.COL.CERVICAL				
RC. COL. LUMBOSACRA				
ELECTROCARDIOGRAMA:				
AUDIOMETRIA				

AGUDEZA VISUAL visión normal con correccion

OBSERVACIONES:

Dr. JOSE LUIS BOTTA
MEDICINA LABORAL
M. Prov. 1677 - Nac. 52703
Cuil: 20-11066175-1

FIRMA DEL MEDICO EXAMINADOR

OBSERVACIONES:

DICTAMEN MEDICO APTO

CLASIFICACION DE APTITUD SEGUN LA O.M.S. (ORG. MUNDIAL DE LA SALUD)

A	APTO PARA TODO TIPO DE TAREAS
B	APTO PARA LA TAREA PROPUESTA
C	APTO CON PROBLEMAS MEDICOS CONTROLABLES
D	NO CONVIENE SU INGRESO
E	INEPTO PARA LA TAREA PROPUESTA

INCAPACIDAD LABORAL

VISADO POR AUTORIDAD PROVINCIAL DEL TRABAJO

Dr. JOSE LUIS BOTTA
MEDICINA LABORAL
Mat. Nac. 52700
T° 006178-1

FORMULARIO 1

NOTA DEL EMPLEADOR

Lugar y Fecha: Resistencia, 15-12-11

Sres. Oficina de Homologación y Visado

Tenemos el agrado de dirigirnos a Uds., con el fin de remitirles la documentación para iniciar un tramite de Visado/Fiscalizado del examen medico en salud que se acompaña y a su vez, para informarles que el abajo firmante en representación de la empresa ALLUS ARGENTINA SA con domicilio en Avda. Sarmiento 725 de esta ciudad autoriza a la Sr/a.

con domicilio en de la ciudad de Resistencia, DNI/LE/LC N° , a gestionar y rubricar los formularios que correspondan como parte de la firma mencionada precedentemente, en todos los tramites necesarios para registrar las secuelas incapacitantes detectadas en los exámenes médicos de salud.

Se adjuntan a la presente:

Solicitud de intervención

Fotocopia del DNI del postulante

Protocolo del examen físico

Protocolos y medios gráficos de estudios complementarios de rutina y sobre los Agentes de Riesgo

Antecedentes de incapacidades sobre el postulante

Aptitud emitida por el Medico del Trabajo

Notificación de las secuelas al postulante

Firma y sello:

Aclaración:

DNI/LE/LC

Cargo:

FORMULARIO 2
SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO
SOLICITUD DE INTERVENCION

Para el Registro de Secuelas Incapacitantes detectadas en Exámenes Médicos en Salud

Datos a completar por el Empleador o la Aseguradora/ Empleador Autoasegurado

Lugar: Resistencia Fecha: 15-12-11

Tramite solicitado: VISADO FISCALIZADO

Tipo de Examen Medico: PREOCUPACIONAL X PERIODICO EGRESO

PREVIO C/DE TAREA AUSENCIA PROLONGADA

TRABAJADOR: KAREN DE LOS ANGELES GALARZA

CUIL N° DNI 32.854.989 Sexo: femenino F. de Nac 28/4/87

Domicilio: Ba. Policial

Localidad Resistencia Provincia: Chaco CP: 3500 Tel

EMPLEADOR: ALLUS ARGENTINA SA CUIT N ª

Avda. Sarmiento 725 Localidad Resistencia

Provincia: Chaco

Establecimiento donde trabajará: Planta Central C.P. 3505 Tel:

ASEGURADORA: Código:

Tarea (propuesta/actual) Operadora de call center CIUO

Agentes de Riesgos (en el puesto de trabajo): Ergonómicos, físicas

Inicialar por las partes.

FORMULARIO 3

NOTIFICACION AL TRABAJADOR DE LOS HALLAZGOS DETECTADOS EN LOS EXAMENES MEDICOS EN SALUD

Lugar y Fecha: Resistencia, Resistencia 15-12-11

Trabajador KAREN DE LOS ANGELES GALARZA

DNI/LE/LC 32.854.989 CUIL:

Tipo de Examen Medico: PREOCUPACIONAL x PERIODICO PREVIO C/TAREA AUSENCIA PROLONGADA EGRESO

En el día de la fecha me notifico de las siguientes secuelas detectadas en el examen medico en salud realizado con fecha 15-12-11

a)

b).....

c).....

d).....

e).....

Firma del Medico del Trabajo:

Dr. JOSE LUIS BOTTA
MEDICINA LABORAL
M. Prov. 1677 - Nac. 52708
Cuil: 20-11968178-1

Sello aclaratorio

Firma del trabajador:

Aclaración:

***ENTREGAR COPIA AL POSTULANTE**

Superintendencia de Riesgos del Trabajo

FORMULARIO 4

CONSTANCIA DE APTITUD DEL POSTULANTE

Lugar y fecha Resistencia, 15-12-11

Sr.Empleador: ALLUS ARGENTINA SA

Postulante: KAREN DE LOS ANGELES GALARZA

CUIL O DNI/LC/LE: 32.854.989

Tareas propuestas: Operadora de call center

Por la presente, se informa que sobre la base de los resultados obtenidos en el examen médico preocupacional realizado el 15-12-11 al postulante mencionado precedentemente y de las tareas propuestas mencionadas por Uds., se concluye que el mismo se encuentra:

APTO SIN CON PREEXISTENCIAS

NO APTO

Dr. JOSE LUIS BOTTA
MEDICINA LABORAL
M. Prov. 1677 - Nac. 52708
Cuil: 20-11868176-1

.....

Firma y sello del Medico del Trabajo del Empleador

SERVICIO MEDICO PARA EMPRESAS

CARDIOLOGIA

Nombre y apellido KAREN DE LOS ANGELES GALARZA
Edad: 24 años
Empresa: ALLUS ARGENTINA SA
Fecha: 15-12-11

INFORME ELECTROCARDIOGRAMA

RITMO ----------

FREC. CARDIACA ---------- ----------

PR----------

AQRS---------- ----------

QRS----------

Progresión de R----------

ST----------

CONCLUSION:

ALLUS ARGENTINA SA	NOTIFICACION INDIVIDUAL

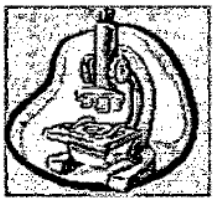
El que suscribe, Sr. KAREN DE LOS ANGELES GALARZA, DNI N° 32.854.989, me notifico del resultado del examen médico preocupacional realizado el día 15-12-11.

FIRMA DEL EMPLEADO.

FIRMA DEL MEDICO EXAMINADOR

Dr. JOSE LUIS BOTTA
MEDICINA LABORAL
M. Prov. 1677 - Nac. 52708
Cuil: 20-11058175-1

LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS



Dra. Patricia Piedra

M.P. No. 310

IRIGOYEN 290 **T.E.: 03722 - 446681**

RESISTENCIA **CHACO**

Médico **callcenter** ***Nro. de Protocolo*** **001152**

Paciente Nro. **01139** ***Fecha recepción*** **15/12/2011**

Paciente GALARZA KAREN

Denominación	Resultado	Valores de referencia
ORINA COMPLETA		
EXAMEN FISICO		
COLOR	amarillo ambar	
ASPECTO	limpido	
SEDIMENTO	escaso	
REACCION	ph 6	
DENSIDAD	1030	
EXAMEN QUIMICO		
PROTEINURIA	no contiene	
GLUCOSURIA	no contiene	
CUERPOS CETONICOS	no contiene	
UROBILINOGENO	no contiene	
BILIRRUBINA	no contiene	
SANGRE	no contiene	
NITRITOS	no contiene	
EXAMEN MICROSCOPICO DEL SEDIMENTO		
CELULAS EPITELIALES	escasas	
LEUCOCITOS	escasos	
PIOCITOS	no contiene	
HEMATIES	no contiene	
CILINDROS	no contiene	
CRISTALES	no contiene	
MUCUS	no contiene	
HEMOGRAMA		**Valores de referencia**
GLOBULOS ROJOS	4200000 /mm3	VARONES: 4,4 A 5,5 MILLONES/MM3 MUJERES : 4,0 A 5,0 MILLONES/MM3
HEMATOCRITO	39 %	mujeres: de 35 a 45 %

Paciente GALARZA KAREN

Denominación	Resultado	Valores de referencia
HEMOGRAMA		varones: de 43 a 49 %
HEMOGLOBINA	12.8 gr%	DE 12 A 16
LEUCOCITOS	7000 /mm3	5000 A 10000
FORMULA LEUCOCITARIA RELATIVA		
NEUTROLILOS EN CAYADO	0 %	
NEUTROFILOS SEGMENTADOS	56 %	55 A 68%
EOSINOFILOS	1 %	0 A 4%
BASOFILOS	0 %	0 A 2%
LINFOCITOS	42 %	25 A 35%
MONOCITOS	1 %	1 a 5%
ERITROSEDIMENTACION	10 mm	
GLUCEMIA Metodo enzimatico	0.91 g/l	DE 0.70 A 1.10 g/l
UREMIA Metodo (reaccion de Berthelot)	0.41 g/l	0.20--0.40 g/l
425 ELISA	negativo	

Patricia A. Piedra
Bioquímica
M.P. 370

SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES
SANATORIO SARMIENTO
DR. HUGO GARAGORRI

PACIENTE: GALARZA, KAREN
ESTUDIO: RX TORAX (F)
MEDICO: BOTTA
FECHA: 15-12-2011

INFORME

TORAX
AREA CARDIACA NORMAL
HILIOS NORMALES
CAMPOS PULMONARES LIBRES.-

Dr. Hugo H. Garagorri
DIAGNOSTICO POR IMAGENES
M.P. 2166