



*Dr. Alfonso Leopoldo Miquelès*  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA DE TRABAJO**  
**M.N. 6351 / 1287**

CATAMARCA 133 - TEL 421 6870 – 4200 - SGO. DEL ESTERO- [www.imelas.com.ar](http://www.imelas.com.ar) - [administración@imelas.com.ar](mailto:administración@imelas.com.ar)

|                                    |  |                                   |                                 |                   |
|------------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| EMPRESA:                           |  |                                   |                                 |                   |
| <b>REGISTRO DE EXAMEN CLINICO</b>  |  | Ingreso <input type="checkbox"/>  | Egreso <input type="checkbox"/> | FECHA DE EXAMENES |
| Periódico <input type="checkbox"/> |  | Especial <input type="checkbox"/> |                                 |                   |

|                                                                                                                        |                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| APELLIDO: NOMBRE:<br>DOCUMENTO: FECHA DE NAC: EDAD:<br>PUESTO DE TRABAJO:<br>RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO: ..... | DOMICILIO:<br>DPTO:<br>PROVINCIA: _SANTIAGO DEL ESTERO |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

|                                    |    |             |                           |
|------------------------------------|----|-------------|---------------------------|
| <b>1 – Historia Clínica</b>        |    |             |                           |
| ANTECEDENTES PERSONALES AFECCIONES | SI | NO          | DESCRIPCION               |
| Alérgicas/inmunológicas            |    |             |                           |
| Metabólicas                        |    |             |                           |
| Cardiovasculares                   |    |             |                           |
| Bronco pulmonares                  |    |             |                           |
| Genitourinarias                    |    |             |                           |
| Digestivas                         |    |             |                           |
| Osteoarticulares                   |    |             |                           |
| Hematológicas                      |    |             |                           |
| Neurológicas                       |    |             |                           |
| Psiquiátricas                      |    |             |                           |
| Ginecológicas                      |    |             |                           |
| Fracturas                          |    |             |                           |
| Operaciones                        |    |             |                           |
| Accidentes de trabajo              |    |             |                           |
| <b>HABITOS</b>                     |    |             |                           |
| SI                                 | NO | DESCRIPCION |                           |
| ¿Fuma?                             |    |             | ¿Cuántos por día?         |
| ¿Toma bebidas alcohólicas?         |    |             | ¿Cuáles? ¿Cuánto por día? |
| ¿Toma algún medicamento?           |    |             | ¿Cuál? ¿Cómo?             |

|                                  |                  |            |            |
|----------------------------------|------------------|------------|------------|
| <b>2 – Examen Físico General</b> |                  |            |            |
| Aspecto General                  | Pulso            | por minuto |            |
| Defectos Físicos                 | Tensión arterial | sistólica  | diastólica |
|                                  | Peso             | kg.        |            |
| Hernias                          | Estatuta         | Mts.       |            |

|                                                        |    |    |                              |
|--------------------------------------------------------|----|----|------------------------------|
| <b>3 – Examen Físico con Orientación Dermatológica</b> |    |    |                              |
| AFECCION / ANTECEDENTES                                | SI | NO | Descripción de Anormalidades |
| Dermatitis                                             |    |    |                              |
| Psoriasis                                              |    |    |                              |
| Ulceraciones en la piel                                |    |    |                              |

|                                                      |    |    |                              |
|------------------------------------------------------|----|----|------------------------------|
| <b>4 – Examen Físico con Orientación Oste ocular</b> |    |    |                              |
| AFECCION / ANTECEDENTES                              | SI | NO | Descripción de Anormalidades |
| ¿Realiza actividad deportiva?                        |    |    |                              |
| Sección o ruptura de tendones                        |    |    |                              |
| Rigidez o dolor articular                            |    |    |                              |
| Edema articular                                      |    |    |                              |
| Limitaciones de movilidad                            |    |    |                              |
| Lumbalgia o Ciatalgias                               |    |    |                              |

|                                                                                                                                                  |                |            |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|------------------------------|
| <b>5 – Examen Físico con Orientación Neurológica</b>                                                                                             |                |            |                              |
| AFECCION / ANTECEDENTES                                                                                                                          | SI             | NO         | Descripción de Anormalidades |
| Cefaleas a repetición                                                                                                                            |                |            |                              |
| Traumatismo de cráneo                                                                                                                            |                |            |                              |
| Convulsiones                                                                                                                                     |                |            |                              |
| Accidentes Cerebro vasculares                                                                                                                    |                |            |                              |
| <b>6 – Examen Físico con Orientación Neumológicas</b>                                                                                            |                |            |                              |
| AFECCION / ANTECEDENTES                                                                                                                          | SI             | NO         | Descripción de Anormalidades |
| Disnea                                                                                                                                           |                |            |                              |
| Tos o Expectoración                                                                                                                              |                |            |                              |
| Asma o bronco espasmo                                                                                                                            |                |            |                              |
| <b>7 – Examen Físico con Orientación Otorrinolaringología</b>                                                                                    |                |            |                              |
| AFECCION -ANTECEDENTES                                                                                                                           | SI             | NO         | Descripción de Anormalidades |
| Acufenos                                                                                                                                         |                |            |                              |
| Vértigo                                                                                                                                          |                |            |                              |
| Disfonía                                                                                                                                         |                |            |                              |
| <b>8 – Examen Físico con Orientación Cardiovascular</b>                                                                                          |                |            |                              |
| AFECCION / ANTECEDENTES                                                                                                                          | SI             | NO         | Descripción de Anormalidades |
| Precordialgia                                                                                                                                    |                |            |                              |
| Palpitaciones                                                                                                                                    |                |            |                              |
| Hipertensión arterial                                                                                                                            |                |            |                              |
| Síndrome de Raynaud                                                                                                                              |                |            |                              |
| <b>9 – Examen Oftalmológico</b>                                                                                                                  |                |            |                              |
| Agudeza Visual                                                                                                                                   | Sin corrección | OD         | OI                           |
|                                                                                                                                                  | Con corrección | OD         | OI                           |
| Visión Cromática                                                                                                                                 |                |            |                              |
| Otros hallazgos                                                                                                                                  |                |            |                              |
| <b>10 – ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS</b>                                                                                                             |                |            |                              |
| TIPO                                                                                                                                             | SI             | NO         |                              |
| Laboratorio:                                                                                                                                     |                |            |                              |
| Electrocardiograma                                                                                                                               |                |            |                              |
| Rx Tórax                                                                                                                                         |                |            |                              |
| Rx Lumbo sacra                                                                                                                                   |                |            |                              |
| Rx Cervical                                                                                                                                      |                |            |                              |
| Rx Extremidades                                                                                                                                  |                |            |                              |
| Espirometría                                                                                                                                     |                |            |                              |
| Ergometría                                                                                                                                       |                |            |                              |
| Audiometría                                                                                                                                      |                |            |                              |
| EEG                                                                                                                                              |                |            |                              |
| Psicotécnico                                                                                                                                     |                |            |                              |
| <b>11 – Aclaración y Resumen del Examen de ingreso</b>                                                                                           |                |            |                              |
|                                                                                                                                                  |                |            |                              |
|                                                                                                                                                  |                |            |                              |
|                                                                                                                                                  |                |            |                              |
| <b>12 – Clasificación de aptitud al puesto de trabajo</b>                                                                                        |                |            |                              |
| TIPO                                                                                                                                             | CLASIFICACION  | ACLARACION |                              |
| Apto para la tarea propuesta                                                                                                                     |                |            |                              |
| Apto con restricciones                                                                                                                           |                |            |                              |
| Temporalmente no apto                                                                                                                            |                |            |                              |
| Declaro que la información suministrada es completa y verídica, y he sido informado de los resultados de mi examen médico. (Art. 28-Dto. 351/79) |                |            |                              |

**Dr. ALFONSO L. MIGUELES**  
**ESP. MEDICINA LABORAL**  
**Mat. Nac. N° 6351**  
**M.P. 1287 Cod. 1238**

-----  
**Firma y Aclaración del empleado**