

|  |  |   |
|--|--|---|
|  Ministerio de Salud Pública<br>Hospital Docente de CALDERÓN | <b>EXÁMENES PARA SALUD<br/>OCUPACIONAL</b> | FECHA APROBACIÓN: 2016-03-30<br>VERSIÓN: 001<br>PÁGINA 1 DE 1<br>CÓDIGO: HGDC-CAL-SSO-FORM-EXSO |
|  | <b>FORMATO</b>                             |   |

|         |      |         |                    |
|---------|------|---------|--------------------|
| NOMBRE: |      | CEDULA: |                    |
| EDAD:   | SEXO | MAS.    | FEM.               |
|         |      |         | FECHA DE SOLICITUD |

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>EXAMENES PARA:</b> |  |
| INGRESO:              |  |
| CONTROL PERIÓDICO:    |  |
| REHUBICACIÓN LABORAL: |  |
| RETIRO:               |  |

| EXAMEN SOLICITADO   | REQUERIDO | PRESENTA (SI/NO) |
|---|-----------|------------------|
| a) Biometría sanguínea  |           |                  |
| b) Bioquímica sanguínea (glucosa, Urea, Creatinina, Ac. Úrico, Perfil lipídico, Perfil hepático). |           |                  |
| c) VDRL   |           |                  |
| d) Grupo y factor sanguíneo.  |           |                  |
| e) AgHBs; HBsAb o anti-HBs; HBcAb o anti-HBc  |           |                  |
| f) VIH (consentimiento informado)   |           |                  |
| g) Examen completo de orina   |           |                  |
| h) Coproparasitario   |           |                  |
| <b>Exámenes complementarios específicos:</b>  |           |                  |
| i) Audiometría  |           |                  |
| j) Espirometría   |           |                  |
| k) Radiografía de Tórax   |           |                  |
| l) Radiografía de Columna Cervical AP y L   |           |                  |
| m) Radiografía de columna Lumbar AP y L   |           |                  |
| n) Citología Vaginal  |           |                  |
| o) Mamografía para mujeres mayores de 40 años   |           |                  |
| p) PSA para hombres mayores de 40 años  |           |                  |
| q) Carne de Vacunas: Hepatitis A y B, DT, Tifoidea  |           |                  |
| <b>OTROS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS</b>   |           |                  |
|   |           |                  |
|   |           |                  |
|   |           |                  |
|   |           |                  |

NOTAS: 1) Para la revisión periódica, los exámenes descritos anteriormente pueden variar, esto depende de la identificación de la matriz de riesgos de cada proyecto es potestad del médico ocupacional y del técnico de seguridad solicitar exámenes específicos. 2) Los exámenes iniciales no se los realizará en la institución, el personal contratado deberá traer por su cuenta dichos exámenes.