

Aplicación de la historia clínica ocupacional

Instructivo

2019

Ficha catalográfica:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Aplicación de la historia clínica ocupacional. Instructivo. Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad. Dirección Nacional de Ambiente y Salud, 2019. pág. 66

- | | |
|---------------------------------|-----------------|
| 1. Historia clínica ocupacional | 3. Enfermedades |
| 2. Evaluación médica | 4. Formularios |

Ministerio de Salud Pública
Av. Quitumbe Ñan y Av. Amaru Ñan
Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social.
Código Postal: 170146
Quito - Ecuador
Teléfono: (593) 2 381- 4400
www.msp.gob.ec

Edición general: Dirección Nacional de Normatización, MSP

Cómo citar este documento:

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 3.0, y puede reproducirse libremente citando la fuente sin necesidad de autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Aplicación de la historia clínica ocupacional. Instructivo. Quito: Dirección Nacional de Normatización, MSP; 2019. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.

Diseño e impresión:
Impreso en Quito - Ecuador

2 - Viernes 26 de abril de 2019 Edición Especial N° 894 - Registro Oficial

No. 0341-2019

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA SUBROGANTE

CONSIDERANDO:

- Que,** la Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 3, numeral 1, ordena que es deber primordial del Estado garantizar sin discriminación alguna, el efectivo goce de los derechos establecidos en dicha Norma Suprema y en los instrumentos internacionales, en particular la salud;
- Que,** la citada Constitución de la República, en el artículo 32, dispone que la salud es un derecho que garantiza el Estado, mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud;
- Que,** el artículo 361 de la Norma Suprema establece que el Estado ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, quien será responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud;
- Que,** la Decisión No. 584 del Acuerdo de Cartagena, publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 461 de 15 de noviembre de 2004, en el artículo 11, prevé: "En todo lugar de trabajo se deberán tomar medidas tendientes a disminuir los riesgos laborales. Estas medidas deberán basarse, para el logro de este objetivo, en directrices sobre sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo y su entorno como responsabilidad social y empresarial. Para tal fin, las empresas elaborarán planes integrales de prevención de riesgos que comprenderán al menos las siguientes acciones: (...) b) Identificar y evaluar los riesgos, en forma inicial y periódicamente, con la finalidad de planificar adecuadamente las acciones preventivas, mediante sistemas de vigilancia epidemiológica ocupacional específicos u otros sistemas similares, basados en mapa de riesgos; (...) f) Mantener un sistema de registro y notificación de los accidentes de trabajo, incidentes y enfermedades profesionales y de los resultados de las evaluaciones de riesgos realizadas y las medidas de control propuestas, registro al cual tendrán acceso las autoridades correspondientes, empleadores y trabajadores,
- Que,** el artículo 14 de la antes referida Decisión 584, estipula: "Los empleadores serán responsables de que los trabajadores se sometan a los exámenes médicos de preempleo, periódicos y de retiro, acorde con los riesgos a que están expuestos en sus labores. Tales exámenes serán practicados, preferentemente, por médicos especialistas en salud ocupacional y no implicarán ningún costo para los trabajadores y, en la medida de lo posible, se realizarán durante la jornada de trabajo.";
- Que,** la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 3, prevé que la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades: que es un

derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado;

- Que,** el artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud, determina que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud, así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia de dicha Ley y que las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias;
- Que,** toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: "(...) f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis; (...).", conforme lo previsto en el artículo 7 de la Ley Ib ídem;
- Que,** el Código del Trabajo, en el artículo 430, respecto a la asistencia médica y farmacéutica, señala que: "Para la efectividad de las obligaciones de proporcionar sin demora asistencia médica y farmacéutica establecidas en el artículo 365; y, además, para prevenir los riesgos laborales a los que se encuentran sujetos los trabajadores, los empleadores, sean éstos personas naturales o jurídicas, observarán las siguientes reglas: (...) 2. El empleador que tuviere más de cien trabajadores establecerá en el lugar de trabajo, en un local adecuado para el efecto, un servicio médico permanente, el mismo que, a más de cumplir con lo determinado en el numeral anterior, proporcionará a todos los trabajadores, medicina laboral preventiva. Este servicio contará con el personal médico y paramédico necesario y estará sujeto a la reglamentación dictada por el Ministerio de Trabajo y Empleo y supervigilado por el Ministerio de Salud; (...).";
- Que,** mediante Decreto Ejecutivo No. 8 publicado en el Segundo Suplemento del Registro Oficial No. 16 de 16 de junio de 2017, el Presidente de la República del Ecuador nombró como Ministra de Salud Pública a la doctora María Verónica Espinosa Serrano;
- Que,** con Acuerdo Ministerial No. 00004520, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 118 de 31 de marzo de 2014, se emitió el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, mismo que señala como misión de la Dirección Nacional de Normatización, desarrollar y definir todas las normas, manuales, protocolos, guías y otras normativas relacionadas a la gestión de la salud;
- Que,** a través de Acuerdo Ministerial No. 0339-2019 de 5 de abril de 2019, se subrogaron las funciones del Despacho Ministerial a favor del doctor Carlos Duran Salinas, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud;
- Que,** la Resolución No. 2018-001 de 23 de febrero de 2018 del Comité Interinstitucional de Seguridad e Higiene del Trabajo, en el artículo 4 preceptúa que para la categorización de los riesgos laborales en las empresas e instituciones públicas y privadas, las actividades se calificarán de acuerdo a la probabilidad y consecuencia respecto a la exposición a factores de riesgo inmersas en la naturaleza de la actividad económica, estadísticas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; y, en el artículo 5, determina el nivel de riesgo laboral en base a la calificación como Riesgo Laboral Alto, Medio y Bajo;



- Que,** es necesario que los profesionales de la salud que prestan sus servicios en los establecimientos de salud de las empresas e instituciones públicas y privadas de todos los sectores productivos del país, dispongan de una herramienta estandarizada para las evaluaciones médicas durante la trayectoria laboral de los/as servidores/as públicos/as y trabajadores/as, a fin de proveerles de una atención de salud segura, oportuna y efectiva; y,
- Que,** con memorando No. MSP-VGVS-2019-0392-M de 5 de abril de 2019, el Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud remitió el informe técnico correspondiente y solicitó la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDA:

Art. 1.- Aprobar y autorizar la publicación del Instructivo denominado "**Aplicación de la historia clínica ocupacional**".

Art. 2.- Disponer que el Instructivo denominado "Aplicación de la historia clínica ocupacional" sea aplicada a nivel nacional como una normativa del Ministerio de Salud Pública, de carácter obligatorio en los establecimientos de salud de las empresas y de las instituciones públicas y privadas de todos los sectores productivos del país.

Art. 3.- Publicar el citado Instructivo en la página web del Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA.- Las empresas e instituciones públicas y privadas de todos los sectores productivos de país, deberán conservar todas las variables establecidas en los formularios de historia clínica ocupacional, las mismas que serán de cumplimiento obligatorio. Sin embargo, dichas empresas e instituciones por necesidad propia podrán añadir variables, de acuerdo a su giro de negocio y/o riesgo al que se exponen.

SEGUNDA.- Los establecimientos de salud de las empresas e instituciones públicas y privadas, que conforme a la normativa vigente estén obligadas a contar con servicios médicos permanentes de salud ocupacional o similares, deberán reportar de forma obligatoria a la Autoridad Sanitaria Nacional la información obtenida como resultado de la atención médica de salud en el trabajo, en el Registro de Atención de Salud en el Trabajo (RAST), o documento que lo sustituya. Dicha herramienta será actualizada cuando la Autoridad Sanitaria Nacional lo requiera.

Cuando las actividades de las empresas e instituciones públicas y privadas puedan ocasionar un nivel de riesgo laboral alto y medio, asimismo reportarán obligatoriamente a la Autoridad Sanitaria Nacional en el Registro de Atención de Salud en el Trabajo (RAST), o documento que lo sustituya, la información obtenida como resultado de la atención médica de salud en el trabajo.

TERCERA.- La Unidad de Talento Humano (o la instancia que haga sus veces) de empresas e instituciones públicas y privadas de todos los sectores productivos del país, reportarán al personal médico de sus establecimientos de salud el listado del personal que inicia y/o finaliza su gestión laboral, a fin de que se realice las evaluaciones médicas ocupacionales que corresponda.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- En el plazo de hasta nueve (9) meses contados a partir de la publicación del presente Acuerdo Ministerial en el Registro Oficial, los establecimientos de salud de las empresas e instituciones públicas y privadas realizarán la implementación de los formularios establecidos en el Instructivo de "Aplicación de la historia clínica ocupacional" con el carácter obligatorio.

SEGUNDA.- En el plazo de hasta tres (3) meses contados a partir de la publicación del presente Acuerdo en el Registro Oficial, la Autoridad Sanitaria Nacional automatizará la herramienta del Registro de Atención de Salud en el Trabajo (RAST).

DISPOSICIÓN FINAL

El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial y de su ejecución encárguese a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud a través de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud; y, a la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad a través de la Dirección Nacional de Ambiente y Salud o quien haga sus veces.

Dado en la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano a, 11 ABR. 2019


Dr. Carlos Durán Salinas
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA SUBROGANTE



4 ES FIEL COPIA DEL DOCUMENTO QUE CONSTA EN EL ARCHIVO DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE SECRETARÍA GENERAL AL QUE ME REMITO EN CASO NECESARIO. LO CERTIFICO EN QUITO A, 15 ABR 2019
SECRETARÍA GENERAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Autoridades del Ministerio de Salud Pública

Dra. Verónica Espinosa, Ministra de Salud Pública
Dr. Carlos Durán, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud
Dr. Itamar Rodríguez, Viceministro de Atención Integral en Salud
Dra. Sonia Díaz, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud
Mgs. María Susana Salas, Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud
Dr. José Ruales, Subsecretario Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
Dr. Carlos Carvajal, Director Nacional de Ambiente y Salud
Dra. Patricia Paredes, Directora Nacional de Normatización

Equipo de redacción

Mgs. Doris Caiza, Dirección Nacional de Ambiente y Salud
Ing. Gabriel Alomoto, Dirección Nacional de Ambiente y Salud
Mgs. Yessenia Galván, Dirección Nacional de Ambiente y Salud

Equipo de colaboradores

Dr. Wilmer García, Ministerio de Salud Pública
Mgs. Diana Martínez, Ministerio de Salud Pública
Méd. Esteban Avilés, Ministerio de Salud Pública
Dr. Fanny Fernández, Ministerio de Salud Pública
Dra. Galud Pinto, Ministerio de Salud Pública
Mgs. Guillermo Freire, Ministerio de Salud Pública
Dra. Isabelle Llaguno, Ministerio de Salud Pública
Méd. Karina Giler, Ministerio de Salud Pública
Ing. Myriam Muela, Ministerio de Salud Pública
Lcda. Verónica Pozo, Ministerio de Salud Pública
Mgs. Ximena Aguirre, Ministerio de Salud Pública
MpH. Ximena Raza, Ministerio de Salud Pública
Mgs. María Játiva, Ministerio del Trabajo
Dr. Mauricio Vega, Ministerio de Trabajo
Dra. Miriam Machado, Seguro General de Riesgos del Trabajo del IESS
Dra. Verónica Corredores, Seguro General de Riesgos del Trabajo del IESS
Sra. Mónica Chanatasig, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
Mgs. Natalia Terán, Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora
Dra. Elizabeth Procel, Hospital San Vicente de Paúl
Dra. Lucía Achig, Hospital del IESS Quito Sur
Dr. Luis Freire, Coordinación Zonal 2 - Salud
Dr. Francisco Ayala, Coordinación Zonal 3 - Salud
Dra. Ana Jaramillo, Procesadora Nacional de Alimentos - PRONACA

Equipo de validación

Abg. Edgar Patricio Camino Villanueva, Director del Seguro General de Riesgos del Trabajo, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
Abg. Sharian Moreno, Subsecretaria de Trabajo, Ministerio de Trabajo.
Ing. Sergio Andrés Garcés Pinto, Director de Seguridad y Salud (E), Ministerio del Trabajo

Diseño y diagramación

Dirección Nacional de Comunicación, Imagen y Prensa - MSP, Quito.

Contenido

1.	Presentación	9
2.	Introducción	10
3.	Objetivo	10
4.	Alcance	10
5.	Responsabilidades	10
6.	Archivo y custodio	11
7.	Confidencialidad	11
8.	Glosario de términos	11
9.	Contenido de la historia clínica ocupacional	15
9.1	Formulario SNS-MSP / FORM. HCU 077. Evaluación preocupacional – inicio	16
9.2	Formulario SNS-MSP / Form. HCU 078. Evaluación periódica	27
9.3	Formulario SNS-MSP / Form. HCU 079. Evaluación de reintegro	35
9.4	Formulario SNS-MSP / FORM. HCU 080. Evaluación de retiro	40
9.5	Formulario SNS-MSP / FORM. HCU 081. Certificado de salud en el trabajo	46
9.6	Formulario de SNS - MSP / FORM.083. Registro de inmunizaciones para salud en el trabajo	50
10.	Registro de Atención de Salud en el Trabajo (RAST)	52
11.	Abreviaturas	53
12.	Referencias	54
13.	Anexos	56

1. Presentación

El Ministerio de Salud Pública, en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, tiene la responsabilidad constitucional de garantizar el derecho a la salud, promoviendo la construcción de políticas públicas en beneficio de toda la población incluidas las personas trabajadoras.

En este sentido, se desarrollaron los formularios de historia clínica ocupacional, los cuales constituyen una herramienta estandarizada para el registro de las evaluaciones médicas preocupacional - inicio, periódica, de reintegro y de retiro, con el propósito de obtener datos estadísticos de salud en el trabajo que permitan fortalecer la vigilancia epidemiológica de la salud de los usuarios expuestos a los diferentes factores de riesgo laboral; lo cual contribuirá en la construcción de estrategias, planes y acciones enfocadas a la protección de la salud de la población trabajadora del país.

Dra. Verónica Espinosa
Ministra de Salud Pública

2. Introducción

El Ministerio de Salud Pública en cumplimiento de las responsabilidades dispuestas en la Constitución de la República del Ecuador establece en su artículo 361.- *“El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.”* En este sentido y a fin de proveer una herramienta para la atención de la salud en el trabajo, se ha elaborado este instructivo para la aplicación de la historia clínica ocupacional en la que se registra cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados.

En el presente documento se detalla la manera correcta de ingresar los datos obtenidos del aspirante a un puesto de trabajo, antes de iniciar, durante, en el reingreso y al finalizar la relación laboral en una empresa o institución, con el objetivo de contar con datos de salud relevantes del trabajador en el contexto laboral los mismos que formarán parte de su historia clínica ocupacional.

3. Objetivo

Proporcionar al personal sanitario una herramienta estandarizada para el registro de los datos relevantes de la atención de salud en el trabajo.

4. Alcance

El presente documento será de aplicación obligatoria en los establecimientos de salud de las empresas, instituciones públicas y privadas de todos los sectores productivos del país que forman parte Sistema Nacional de Salud (SNS).

5. Responsabilidades

Los formularios de la historia clínica ocupacional estarán a cargo de los profesionales sanitarios vinculados al área de salud en el trabajo, de acuerdo a su ámbito de competencia:

- Registro de datos de salud en los formularios de historia clínica ocupacional: médico general con formación de cuarto nivel reconocido por la entidad competente, en salud ocupacional o áreas afines; médico general con experiencia en salud ocupacional o áreas afines de acuerdo a lo establecido en la normativa legal vigente.
- Registro de datos de inmunizaciones para salud en el trabajo: enfermera o auxiliar de enfermería o quien haga sus veces en el ámbito de sus competencias.
- Registro de datos generales del paciente en el formulario de admisión: personal de admisión o quien haga sus veces en el ámbito de sus competencias.

6. Archivo y custodio

El archivo y el custodio de la historia clínica ocupacional, se regirán a la normativa legal vigente establecidas por la Autoridad Sanitaria para asegurar la confidencialidad de los datos que contienen y la trazabilidad del uso de la información, es importante mencionar que el archivo podrá ser de carácter físico y/o electrónico poniendo énfasis en los siguientes acápite:

- La historia clínica ocupacional sólo podrá ser manejada por personal sanitario. Como tal se entenderá a los siguientes profesionales: médicos, psicólogos, odontólogos, trabajadoras sociales, obstetras, enfermeras, además de auxiliares de enfermería y personal de estadística en el ámbito de sus competencias.
- El acceso a documentos archivados electrónicamente será restringido, el responsable del servicio o establecimiento de salud autorizará mediante claves de acceso personales al personal sanitario en el ámbito de sus competencias.
- La custodia física de la historia clínica ocupacional es responsabilidad de la institución en la que repose. El personal sanitario en el ámbito de sus competencias, es responsable de la custodia y del buen uso que se dé a la misma, generando las condiciones adecuadas para el efecto (1).
- La vida útil de la historia clínica ocupacional será de acuerdo a la normativa legal vigente de archivo y conservación.

7. Confidencialidad

La confidencialidad de la historia clínica ocupacional se regirá a las normas legales vigentes establecidas para tal efecto.

Todo personal sanitario responsable de la Historia Clínica Ocupacional, está obligado a guardar la confidencialidad de la información.

8. Glosario de términos

Accidente del trabajo: suceso ocurrido en el curso del trabajo o en relación con el trabajo que causa: a) lesiones profesionales mortales; b) lesiones profesionales no mortales (2)

Accidente “in itinere” o en tránsito: es aquel que ocurre en el camino que debe recorrer el trabajador entre el lugar de trabajo y:

- a) su residencia principal o secundaria;
- b) el lugar en el que suele tomar sus comidas; o
- c) el lugar en el que suele cobrar su remuneración,

Y es causa de defunción o de lesiones corporales que conlleven pérdida de tiempo de trabajo. Los accidentes que tengan los trabajadores en tránsito por las vías públicas durante las horas de trabajo y en cumplimiento de un trabajo remunerado se consideran como accidentes de trabajo (2).

Área de trabajo: todo sitio o área donde los trabajadores permanecen y desarrollan su trabajo o a donde tienen que acudir por razón del mismo (3).

Ausentismo laboral: toda ausencia de una persona de su puesto de trabajo, en horas que corresponden a un día laborable, dentro de la jornada legal de trabajo; en este caso, lo que se pretende cuantificar es la no asistencia al trabajo (las faltas físicas) (4).

Código Internacional de Enfermedades (CIE): es la clasificación internacional de enfermedades que determina la codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad (5).

Enfermedad común: son aquellas condiciones de salud que pueden haber sido adquiridas por malos hábitos, acciones o actividades fuera del trabajo que tienen el potencial de hacerle daño al organismo e incluso en ciertas ocasiones son expresadas por condiciones genéticas que hacen a una persona más susceptible a algunas enfermedades (6).

Enfermedad profesional: una enfermedad contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral (2).

Evaluación preocupacional / inicial: son aquellas actividades que se realizan para determinar las condiciones de salud física, mental y social del trabajador antes de su contratación, en función de las condiciones de trabajo a las que estaría expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del puesto de trabajo. El objetivo es determinar la aptitud del trabajador para desempeñar en forma eficiente las labores sin perjuicio de su salud (7).

Evaluación periódica: consiste en evaluaciones médicas de la salud de los trabajadores al menos una vez al año con la finalidad de realizar el monitoreo de los efectos en la salud del trabajador por la exposición a factores de riesgo a los que se encuentra expuesto (7).

Evaluación de reintegro: consiste en evaluaciones médicas para reincorporar al trabajador al desempeño de una actividad laboral después de ausencia prolongada generalmente por motivos de salud (7).

Evaluación de retiro: es aquella que se debe realizar al trabajador cuando se termina la relación laboral. Su objetivo es valorar y registrar las condiciones de salud en las que el trabajador se desvincula del centro de trabajo, en relación a los factores de riesgo a los que estuvo expuesto (7).

Historia clínica ocupacional (HCO): es un documento confidencial y obligatorio de carácter técnico y legal compuesto por un conjunto de variables ocupacionales, en la cual el personal de la salud utiliza para registrar en forma sistemática y cronológicamente las condiciones de salud de una persona, antecedentes, actos médicos, procedimientos diagnósticos, tratamiento y rehabilitación relacionados con exposición a factores de riesgo en su vida laboral (7).

Identidad de género: es la identificación y expresión de la masculinidad o femineidad de una persona, independientemente de su sexo biológico de nacimiento. Es decir, la identidad de género se refiere al sentido interno que una persona tiene de ser hombre, mujer o algo diferente.

La identidad de género de conformidad con los Principios de Yogyakarta, es la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales (8).

Incapacidad laboral: situación de enfermedad o de padecimiento físico o psíquico que impide a una persona, de manera transitoria o definitiva, realizar una actividad profesional y que normalmente da derecho a una prestación de la Seguridad Social (9).

Incidente: suceso acontecido en el curso del trabajo o en relación con el trabajo, en el que la persona afectada no sufre lesiones corporales, o en el que éstas sólo requieren cuidados de primeros auxilios (2).

Integrantes del sistema: son las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud o en campos directamente relacionados con ella (10):

- Ministerio de Salud Pública y sus entidades adscritas.
- Ministerios que participan en el campo de la salud.
- El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS; Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, ISSFA; e, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, ISSPOL.
- Organizaciones de salud de la Fuerza Pública: Fuerzas Armadas y Policía Nacional.
- Las Facultades y Escuelas de Ciencias Médicas y de la Salud de las Universidades y Escuelas Politécnicas.
- Junta de Beneficencia de Guayaquil.
- Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, SOLCA.
- Cruz Roja Ecuatoriana.
- Organismos seccionales: Consejos Provinciales, Concejos Municipales y Juntas Parroquiales.
- Entidades de salud privadas con fines de lucro: prestadoras de servicios, de medicina prepagada y aseguradoras.
- Entidades de salud privadas sin fines de lucro: organizaciones no gubernamentales (ONG's), servicios pastorales y fiscomisionales.
- Servicios comunitarios de salud y agentes de la medicina tradicional y alternativa.
- Organizaciones que trabajan en salud ambiental.
- Centros de desarrollo de ciencia y tecnología en salud.
- Organizaciones comunitarias que actúen en promoción y defensa de la salud.
- Organizaciones gremiales de profesionales y trabajadores de la salud.
- Otros organismos de carácter público, del régimen dependiente o autónomo y de carácter privado que actúen en el campo de la salud.

Número de archivo: corresponde al número asignado a la carpeta y formularios físicos de la historia clínica ocupacional, el mismo dependerá del método de archivo (dígito terminal simple, dígito terminal compuesto, o número correlativo) estipulada en la normativa vigente. El número de archivo facilita el archivo y recuperación de la carpeta física en el archivo central de historias clínicas (11).

Orientación sexual: organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual.

La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos. Es decir, la orientación sexual hace referencia a la atracción física, romántica, y/o emocional permanente de una persona por otra. La orientación sexual representa una característica personal que es independiente a la identidad y expresión de género (8).

- *Lesbiana*, mujeres que sienten atracción física, emocional y sexual por otras mujeres (ibíd.)
- *Gay*, término para identificar a hombres que asumen de manera abierta su atracción física, emocional y sexual por otros hombres (ibíd.)
- *Bisexual*, mujeres u hombres que sienten atracción física, emocional y sexual por personas de ambos sexos (ibíd.)
- *Heterosexual*, hace referencia a la capacidad de una persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo y a la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas (12).

Personal sanitario: de acuerdo a la definición de la OMS se entiende por personal sanitario a todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud (13).

Puesto de trabajo: conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña habitualmente una persona en su trabajo, empleo u oficio (14).

Riesgo laboral: probabilidad de que la exposición a un factor ambiental peligroso en el trabajo cause enfermedad o lesión (3).

Riesgo físico: son los factores ambientales que dependen de las propiedades físicas de los cuerpos como pueden ser; ruido, iluminación, radiación ionizante y no ionizante, temperaturas extremas y vibraciones entre otros, y que pueden producir efectos nocivos de acuerdo con la intensidad y tiempo de exposición de los mismos (15).

Riesgo mecánico: conjunto de factores 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 (16).

Riesgo químico: son los riesgos asociados a la reacción producida en el trabajador por exposición a sustancias químicas peligrosas susceptibles de provocar daños en la salud de los trabajadores (15).

Riesgo biológico: es la probabilidad de sufrir una alteración de la salud por causas de un agente biológico, dentro de las cuales se incluyen bacterias, virus, parásitos, hongos, otros microorganismos y/o sus toxinas asociadas (15).

Riesgo ergonómico: probabilidad de sufrir una alteración en la salud a causa de las inadecuadas condiciones ergonómicas relacionadas con su tarea, actividad o ambiente físico en las cuales el trabajador se desenvuelve (15).

Riesgo psicosocial: se definen como aquellas características de las interacciones entre el contenido, organización, gestión del trabajo y las condiciones ambientales que pueden tener un efecto

nocivo sobre el bienestar, salud física, psicológica y social; y por otro lado las funciones y necesidades de los trabajadores (17).

Sexo: se refiere a las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer (12). Según Butler el sexo va más allá de designar únicamente las características biológicas y anatómicas de una persona al momento de nacer, constituye un elemento discursivo que imprime significado a los cuerpos de mujeres y hombres (8).

Tiempo de exposición: es el tiempo de exposición a un factor de riesgo (18).

Usuario: toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica (19), para efectos del presente documento el usuario representa a trabajadores(as), empleados(as), servidores(as) públicos y privados.

Unicódigo o RUES (Registro único de establecimientos de salud): es el identificador único asignado por el Ministerio de Salud Pública que se otorga a cada uno de los establecimientos de salud públicos y privados con la finalidad de llevar un control, registro y seguimiento a nivel nacional de estos establecimientos (11).

9. Contenido de la historia clínica ocupacional

La historia clínica ocupacional consta de los siguientes formularios:

- Formulario de evaluación preocupacional – inicio. SNS-MSP / Form. HCU 077.
- Formulario de evaluación periódica. SNS – MSP / Form. HCU 078.
- Formulario de evaluación de reintegro. SNS – MSP / Form. HCU 079.
- Formulario de evaluación de retiro. SNS – MSP / Form. HCU 080.
- Certificado de salud en el trabajo. SNS – MSP / Form. HCU 081.
- Registro de inmunizaciones para salud en el trabajo SNS – MSP - Form. HCU. 083.

Así también se contempla los formularios de historia clínica única:

- Formulario de admisión.
- Formulario de consulta externa.
- Formulario de evolución y prescripciones.
- Formulario de interconsulta.
- Formulario de solicitud de laboratorio clínico.
- Formulario de solicitud de imagenología.
- Formulario de referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa.

Nota:

- a) Se debe llenar todos los campos de los formularios, no se debe dejar ningún campo en blanco en caso de no aplicar o no poseer información, colocar dos líneas.
- b) Se deberá conservar todas las variables establecidas en los formularios de historia clínica ocupacional, las mismas que serán de carácter obligatorio para su cumplimiento, sin embargo podrán añadirse variables de acuerdo a la necesidad de la empresa, de acuerdo su giro de negocio y riesgo a los que se exponen.

9.1 Formulario SNS - MSP / FORM. HCU 077/2019. Evaluación preocupacional – inicio

El formulario de evaluación preocupacional – inicio, será llenado por el personal médico y se aplicará al usuario en las siguientes instancias:

- Al postularse para un puesto de trabajo
- Al inicio de las actividades laborales en una empresa, institución pública o privada

9.1.1 Contenido del formulario

Bloque A. Datos del establecimiento – empresa y usuario

Es la parte inicial del formulario donde constan los siguientes parámetros:

- Institución del sistema o nombre de la empresa: colocar la razón social de la empresa o institución pública y privada, al cual pertenece el establecimiento de salud.
Los establecimientos de salud que pertenecen a la Red Pública Integral de Salud, deben colocar la institución del sistema que corresponda (IESS, ISSFA, ISSPOL y MSP).
- RUC: colocar el número de Registro Único de Contribuyente (RUC) asignado a la empresa.
- CIU: colocar el código de la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de actividades económicas (CIU), por ejemplo: el código 861 corresponde a actividades de hospitales.
- Establecimiento de Salud: colocar el nombre en las empresas, instituciones e instancias públicas y privadas de todos los sectores productivos del país.
- Número de historia clínica: colocar el número del documento de identificación que presente el usuario como: cédula de ciudadanía / identidad, pasaporte, entre otros.
- Número de archivo: corresponde al número asignado a la carpeta y formularios físicos de la historia clínica ocupacional, el mismo dependerá del método de archivo (dígito terminal simple, dígito terminal compuesto, o número correlativo) estipulada en la normativa legal vigente.
- Primer Apellido: colocar el primer apellido del usuario como se visualiza en el documento de identificación.
- Segundo Apellido: colocar el segundo apellido del usuario como se visualiza en el documento de identificación.
- Primer Nombre: colocar el primer nombre del usuario como se visualiza en el documento de identificación.
- Segundo Nombre: colocar el segundo nombre del usuario como se visualiza en el documento de identificación.
- Sexo: colocar la letra “H” si es hombre o la letra “M” si es mujer.
- Edad: colocar la edad del usuario en años cumplidos.
- Religión: marcar con una “X”, en la creencia religiosa que auto identifique al usuario: Católica, Evangélica, Testigos de Jehová, Mormona u otras.
- Grupo sanguíneo: especificar el tipo de sangre del usuario de acuerdo al carnet de tipología sanguínea.
- Lateralidad: colocar la prevalencia que tiene el usuario por un lado de su cuerpo puede ser izquierdo, derecho o ambidiestro.
- Orientación sexual: de acuerdo a la orientación sexual del usuario marcar con una “X” en

lesbiana, gay, bisexual, heterosexual, no sabe/no responde.

- **Identidad de género:** de acuerdo a como el usuario se defina, marcar con una “X” en femenino, masculino, transfemenino, transmasculino, ninguno, no sabe/no responde.
- **Discapacidad:** marcar con una “X” en el casillero “Si”, cuando el usuario presente discapacidad. Solicitar el carnet de discapacidades para el registro del tipo y el porcentaje de discapacidad, en caso de no poseerlo no realizar el registro.
- **Fecha de ingreso al trabajo:** colocar la fecha de ingreso en año, mes y día que ingresó o ingresará al puesto de trabajo.
- **Puesto de trabajo:** colocar el puesto de trabajo del usuario de acuerdo a la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO), cuyo código se deberá colocar en paréntesis. Ejemplo: Enfermera (2221.01.02).
- **Área de Trabajo:** colocar el área donde el usuario va a desempeñar o desempeñará el trabajo. Ejemplo: emergencia.
- **Actividades relevantes del puesto de trabajo a ocupar:** detallar las principales actividades a desempeñar.

Bloque B. Motivo de consulta

Anotar el motivo, la causa o la razón de consulta médica, en este caso se deberá colocar “*evaluación médica ocupacional para el ingreso al puesto de trabajo*”.

B. MOTIVO DE CONSULTA	ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE
Descripción:	

Bloque C. Antecedentes personales

- **Antecedentes clínicos y quirúrgicos:** registrar la información proporcionada por el usuario en la anamnesis, en lo referente a antecedentes clínicos registrar enfermedades, alergias, traumatismos; en antecedentes quirúrgicos, detallar las principales intervenciones quirúrgicas a las que se ha sometido.

C. ANTECEDENTES PERSONALES
ANTECEDENTES CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS:

- **Antecedentes ginecobstétricos:** establecer preguntas sobre la historia ginecobstétrica de la usuaria, contemplando los acápites a continuación detallados:

- **Menarquía:** colocar la edad en años de la primera menstruación.
- **Ciclos:** colocar en días la duración del ciclo menstrual, el mismo que comprende desde el primer día de una regla y el primer día de la regla siguiente.
- **Fecha de última menstruación:** colocar la fecha de inicio del último periodo menstrual en año, mes, día.

- Gestas: colocar el número de embarazos que ha tenido la usuaria incluyendo los que terminaron en abortos u óbitos.
- Partos: colocar el número de veces que la usuaria finaliza su gestación incluyendo los embarazos pretérmino, a término y postérmino.
- Cesáreas: colocar en números los alumbramientos realizados por intervenciones quirúrgicas.
- Abortos: colocar en números las gestas que terminaron en aborto.
- Hijos: colocar en números la cantidad total de hijos vivos y muertos.
- Vida sexual activa: marcar en caso afirmativo con una "X" en el casillero Si, caso contrario marcar con una "X" en el casillero No.
- Método de planificación familiar: en caso de contar con un método de planificación marcar con una "X" y detallar que tipo de método está utilizando; caso contrario marcar con una "X" en No.

En la sección de exámenes realizados, "papanicolau", "colposcopia", "eco mamario" y "mamografía", marcar con una "X" "Si" en caso de haberse realizado. En "fecha" colocar el año de la última vez que se realizó el examen; solo en caso de existir anomalías colocar en "resultado" lo encontrado, cuando no existan hallazgos colocar en resultado "normal" (no dejar en blanco), en caso de no haberse realizado los exámenes marcar con una "X" en "No".

ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS													
MENARQUÍA	CICLOS		FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN aaaa / mm / dd	GESTAS	PARTOS	CESÁREAS	ABORTOS	HIJOS		VIDA SEXUAL ACTIVA		MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	
	VIVOS	MUERTOS						SI	NO	SI	NO	TIPO	
EXÁMENES REALIZADOS	SI	NO	TIEMPO (años)	RESULTADO		EXÁMENES REALIZADOS	SI	NO	TIEMPO (años)	RESULTADO			
PAPANICOLAOU						ECO MAMARIO							
COLPOSCOPIA						MAMOGRAFÍA							

- **Antecedentes reproductivos masculinos:** establecer preguntas sobre la historia reproductiva masculina del usuario, contemplando los siguientes acápites:
 - Exámenes realizados: en los exámenes "antígeno prostático" y "eco prostático" en caso de haberse realizado marcar con una "X" en el casillero "Si" y colocar el año de la última vez que se realizó el examen; sólo en caso de existir anomalías colocar en "resultado" los resultados del reporte, cuando no existan hallazgos colocar en resultado "normal" (no dejar en blanco); en caso de no haberse realizado marcar "No".
 - Método de planificación familiar: en caso de contar con un método de planificación marcar con una "X" en el casillero "Si" y registre que tipo de método está utilizando, caso contrario marcar con una "X" en "No".
 - Hijos: colocar en números la cantidad de hijos vivos y muertos.

ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS MASCULINOS									
EXÁMENES REALIZADOS	SI	NO	TIEMPO (años)	RESULTADO	MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR		HIJOS		
					SI	NO	TIPO	VIVOS	MUERTOS
ANTÍGENO PROSTÁTICO									
ECO PROSTÁTICO									

- **Hábitos tóxicos / estilos de vida:** en la sección de hábitos tóxicos en caso de consumir alcohol, tabaco u otras drogas marcar con una “X” en la columna Si y colocar la información detallada a continuación, caso contrario marcar con una “X” en la columna No.

- Tiempo de consumo: colocar meses
- Cantidad: colocar la dosis que se consume en la semana ejemplo: un (1) tabaco, una (1) botella, (2) dosis.
- Ex consumidor: marcar con una “X”, en caso de que el usuario ya no consuma alcohol, tabaco u otras drogas.
- Tiempo de abstinencia: colocar en meses el tiempo que ya ha dejado de consumir, es importante tener en cuenta que se considera tiempo de abstinencia si ha dejado consumir mínimo tres (3) meses.

En otras drogas, se debe colocar en el espacio en blanco el tipo de droga que consume puede ser cannabis, cocaína, anfetaminas u otro tipo de estimulantes, inhalantes, alucinógenos, opiáceos, fármacos con prescripción médica, entre otros.

En la sección estilo de vida en caso de realizar actividad física o tomar medicación habitual marque Sí, detallando la siguiente información:

- En “¿cuál?”, se debe colocar el tipo de actividad física que practica, y en caso de tomar medicación habitual colocar el nombre genérico de la medicación que está ingiriendo, incluso si se trata de suplementos nutricionales o productos de medicina alternativa.
- Tiempo / cantidad: colocar con qué frecuencia realiza actividad física, registrar el tiempo en horas por semana ejemplo: 3 horas a la semana. En caso de medicación colocar la dosis y cantidad de tabletas, cápsulas, comprimidos, jarabes, entre otros por semana ejemplo: 2 cápsulas/ semana.

HÁBITOS TÓXICOS						ESTILO DE VIDA					
CONSUMOS NOCIIVOS	SI	NO	TIEMPO DE CONSUMO (meses)	CANTIDAD	EX CONSUMIDOR	TIEMPO DE ABSTINENCIA (meses)	ESTILO	SI	NO	¿CUÁL?	TIEMPO / CANTIDAD
TABACO							ACTIVIDAD FÍSICA				Tiempo (día)
ALCOHOL											Cantidad (unidad)
OTRAS DROGAS:							MEDICACIÓN HABITUAL				

Bloque D. Antecedentes de trabajo

En esta sección, mediante información proporcionada por el trabajador colocar los centros de trabajo de interés ocupacional por la exposición a riesgos, detallando los siguientes datos:

- Empresa: colocar el nombre de la empresa, institución pública o privada.
- Puesto de trabajo: colocar el puesto de trabajo que desempeñaba el usuario.
- Actividades que desempeñaba: colocar las actividades que realizaba en su puesto de trabajo.
- Tiempo de trabajo: colocar el tiempo total en meses, que ha laborado en cada uno de los centros de trabajo.

- **Riesgo:** de acuerdo a la percepción del usuario y con la guía del médico, marcar con una “X”, los riesgos a los que estuvo expuesto.
- **Observaciones:** colocar información relacionada con la exposición a los riesgos al que se expuso el usuario.

D. ANTECEDENTES DE TRABAJO								
ANTECEDENTES DE EMPLEOS ANTERIORES								
EMPRESA	PUESTO DE TRABAJO	ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA	TIEMPO DE TRABAJO (meses)	RIESGO				OBSERVACIONES
				FISICO	MECANICO	QUIMICO	BIOLOGICO	

- **Accidentes de trabajo (descripción):** registrar los accidentes de trabajo que el usuario hubiese tenido en sus anteriores empleos, contemplar las siguientes opciones:

- Marcar con una “X” en el casillero “Si”, únicamente en caso de que el accidente de trabajo haya sido calificado por el Instituto de Seguridad Social correspondiente. En el campo “especificar” colocar la entidad que calificó este accidente: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), Comisión Calificadora de Riesgos (MDT) o quien haga sus veces de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente. En observaciones, deberá registrar la información del usuario el nombre de la empresa, puesto de trabajo, área, datos sobre la lesión: tipo de lesión, parte del cuerpo afectada, días de incapacidad, secuelas y otra información relacionada con el accidente suscitado.
- Marcar con una “X” en el casillero “No”, cuando no haya existido accidentes en el trabajo.
- En el casillero “fecha”, colocar el año, mes y día en el que se produjo el accidente de trabajo.

En caso que el usuario mencione que ha tenido un accidente en el trabajo pero éste no haya sido calificado por la entidad correspondiente, se debe dejar constancia del mismo en la sección de observaciones.

ACCIDENTES DE TRABAJO (DESCRIPCIÓN)			
FUE CALIFICADO POR EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE	SI <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR: _____ NO <input type="checkbox"/>	FECHA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
OBSERVACIONES:			

- **Enfermedades profesionales:** para el registro de enfermedades, el personal sanitario debe contemplar las siguientes opciones:

- Marcar con una “X” en “Si”, únicamente en caso que la enfermedad profesional haya sido calificada por el Instituto de Seguridad Social correspondiente. En el campo “especificar” colocar qué entidad calificó esta enfermedad: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto

de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) o la Comisión Calificadora de Riesgos (MDT) de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente. En la sección de “observaciones” deberá registrar el nombre de la empresa, puesto de trabajo, área, datos sobre la enfermedad, así también colocar el diagnóstico con el Código CIE, y otra información relacionada con la enfermedad profesional suscitada, como secuelas en caso de existir.

- Marcar con una “X” con “No”, cuando no haya existido enfermedades profesionales o no se tenga presunción de la misma.
- En el casillero “fecha”, colocar el año, mes y día en la que se calificó la enfermedad profesional.

Cuando el usuario mencione que ha tenido una enfermedad profesional pero no se encuentre calificada por la entidad competente, se debe dejar constancia de su presunción en la sección de observaciones.

ENFERMEDADES PROFESIONALES			
FUE CALIFICADA POR EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE	SI <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR: _____	NO <input type="checkbox"/>
			FECHA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>aaaa mm dd</small>
OBSERVACIONES:			

Bloque E. Antecedentes familiares (detallar el parentesco):

Registrar la información anotando el número de cada una de las patologías de importancia presentadas en los familiares del usuario, tomando en consideración las siguientes: 1. Enfermedad cardio-vascular, 2. Enfermedad metabólica, 3. Enfermedad Neurológica, 4. Enfermedad oncológica, 5. Enfermedad infecciosa, 6. Enfermedad hereditaria / Congénita, 7. Discapacidades, 8. Otros.

E. ANTECEDENTES FAMILIARES (DETALLARE L PARENTESCO)							
1. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	2. ENFERMEDAD METABÓLICA	3. ENFERMEDAD NEUROLÓGICA	4. ENFERMEDAD ONCOLÓGICA	5. ENFERMEDAD INFECCIOSA	6. ENFERMEDAD HEREDITARIA CONGÉNITA	7. DISCAPACIDADES	8. OTROS
DESCRIPCIÓN:							

Bloque F. Factores de riesgo del puesto de trabajo actual

En base al puesto de trabajo que se encuentra desempeñando el usuario, la información de la evaluación de riesgos y la experiencia del personal médico ocupacional, colocar la siguiente información:

- Puesto de trabajo / Área: colocar el puesto de trabajo y área donde se encuentra laborando el usuario.
- Actividades: colocar las actividades que está ejecutando.

H. ENFERMEDAD ACTUAL
Descripción

Bloque I. Revisión actual de órganos y sistemas

Tiene como finalidad reconocer en el usuario una patología adicional que no afloró ni en el motivo de consulta ni en la enfermedad actual, para lo cual se realizará varias preguntas con el objetivo de investigar la presencia de signos y síntomas en los órganos y sistemas del cuerpo humano, en caso de existir patología marcar con una "X".

Cuando se identifique patologías describir en la sección de abajo, colocando el número y los síntomas manifestados por el usuario.

I. REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS					EN CASO DE EXISTIR PATOLOGÍA MARCAR CON "X" Y DESCRIBIR ABAJO COLOCANDO EL NUMERAL				
1. PIEL - ANEXOS	3. RESPIRATORIO	5. DIGESTIVO	7. MÚSCULO ESQUELÉTICO	9. HEMO LINFÁTICO					
2. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	4. CARDIO-VASCULAR	6. GENITO - URINARIO	8. ENDOCRINO	10. NERVIOSO					
Descripción									

Bloque J. Constantes vitales y antropometría

Registrar los datos de constantes vitales y antropometría obtenidos del usuario en: Presión arterial en (mm Hg), Temperatura (°C), Frecuencia cardiaca (Lat/min), Saturación de oxígeno (O2%), Frecuencia respiratoria (respiraciones/min), Peso (Kg), Talla (cm), Índice de masa corporal (Kg/m2) y Perímetro abdominal (cm).

J. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA								
PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)	TEMPERATURA (°C)	FRECUENCIA CARDIACA (Lat/min)	SATURACIÓN DE OXIGENO (O2%)	FRECUENCIA RESPIRATORIA (R/min)	PESO (kg)	TALLA (cm)	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (kg/m2)	PERÍMETRO ABDOMINAL (cm)
/								

Bloque K. Examen físico regional

En la evaluación médica marcar con una "X" si es con patología.
 En la sección de "observaciones", detallar la patología encontrada.

K. EXAMEN FÍSICO REGIONAL														
REGIONES														
1. Piel	a. Cicatrices		3. Oído	a. C. auditivo externo		5. Nariz	a. Tabique		8. Tórax	a. Pulmones		11. Pelvis	a. Pelvis	
	b. Tatuajes			b. Pabellón			b. Cornetes			b. Parrilla Costal			b. Genitales	
	c. Piel y Faneras			c. Timpanos			c. Mucosas			a. Visceras			a. Vascular	
2. Ojos	a. Párpados		4. Ojo farínge	a. Labios		6. Cuello	d. Senos paranasales		9. Abdomen	b. Pared abdominal		12. Extremidades	b. Miembros superiores	
	b. Conjuntivas			b. Lengua			a. Tiroides / masas			a. Flexibilidad			c. Miembros inferiores	
	c. Pupilas			c. Faringe			b. Movilidad			b. Desviación			a. Fuerza	
	d. Córnea			d. Amígdalas			a. Mamas			c. Dolor			b. Sensibilidad	
	e. Motilidad			e. Dentadura			b. Corazón						c. Marcha	
SI EXISTE EVIDENCIA DE PATOLOGÍA MARCAR CON "X" Y DESCRIBIR EN LA SIGUIENTE SECCIÓN COLOCANDO EL NUMERAL														
Observaciones:														

Bloque L. Resultados de exámenes generales y específicos de acuerdo al riesgo y puesto de trabajo (imagen, laboratorio y otros)

Colocar los resultados de los exámenes que el médico solicitó realizar al usuario; estos serán de dos tipos:

- Exámenes generales para verificar la condición general de salud del usuario y,
- Exámenes específicos que tendrán relación con puesto de trabajo a desempeñar y al tipo de riesgo al que se exponga o se encuentre expuesto.

Se registrará el tipo de “examen”, la “fecha” (año, mes, día) y en la sección de “resultados”, se colocará lo reportado en caso de encontrar algún parámetro anormal y con relevancia clínica, si los exámenes se encuentran con parámetros normales en la sección de “observaciones” colocar únicamente el nombre de los exámenes realizados y colocar “normal”, es importante mencionar que los resultados de los exámenes realizados deben estar anexados en la historia clínica ocupacional.

L. RESULTADOS DE EXÁMENES GENERALES Y ESPECÍFICOS DE ACUERDO AL RIESGO Y PUESTO DE TRABAJO (IMAGEN, LABORATORIO Y OTROS)		
EXAMEN	FECHA aaaa/mm/ddd	RESULTADOS
OBSERVACIONES:		

Bloque M. Diagnóstico

Detallar el diagnóstico y registrar el código CIE en caso de enfermedad profesional y enfermedad común, marcar con una “X” según corresponda la condición de diagnóstico: presuntivo o definitivo. Es importante mencionar que para enfermedades profesionales se considera diagnóstico definitivo, cuando dicha patología sea calificada por la institución competente.

M. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1	Descripción					
2						
3						

Bloque N. Aptitud médica para el trabajo

De acuerdo a la valoración médica realizada al usuario marcar con una "X" el casillero de aptitud para el trabajo según corresponda:

- **Apto:** el usuario podrá desempeñar su tarea habitual sin ningún tipo de restricción física, ni laboral (20).
- **Apto en observación:** el usuario puede desempeñar su tarea habitual mientras sea sometido a vigilancia médica para determinar si es apto laboralmente (ibíd.).
- **Apto con limitaciones:** el usuario podrá desempeñar su tarea con la condicionante de realizar rehabilitación y en consecuencia la recuperación laboral, especialmente la integración profesional del personal con discapacidad o incapacidad laboral. Las restricciones podrán ser personales y/o laborales (ibíd.).
 - ◊ Personales: implica la obligatoriedad de realizar las medidas higiénico sanitarias prescritas por el médico para salvaguardar su salud y prevenir agravamientos de una afección anterior (ibíd.).
 - ◊ Laborales:
 - Adaptativas: implican la adaptación del entorno laboral del usuario para la realización íntegra de las tareas propias de su puesto de trabajo (ibíd.).
 - Restrictivas: existe la prohibición de realizar total o parcialmente tareas muy concretas y específicas de su puesto de trabajo (ibíd.).
- **No apto:** valoración que recibe el usuario cuando el desempeño de su tarea implica problemas serios para la salud, o ésta le imposibilita la realización de las mismas, por lo cual en los dos casos no es posible la aplicación de calificación apto con limitaciones (ibíd.).

Después de haber seleccionado la aptitud para el trabajo, registrar en los casilleros correspondiente algún tipo de observación o limitación si hubiere.”

N. APTITUD MÉDICA PARA EL TRABAJO			
APTO	APTO EN OBSERVACIÓN	APTO CON LIMITACIONES	NO APTO
Observación			
Limitación			

Bloque O. Recomendaciones y/o tratamiento

De acuerdo a la valoración médica efectuada colocar las recomendaciones y/o tratamiento farmacológico y no farmacológico.

O. RECOMENDACIONES Y/O TRATAMIENTO
Descripción

Bloque P. Datos del profesional

Finalizada la atención registrar:

- Fecha de atención: corresponde la fecha de la atención médica, colocar en año, mes y día.
- Hora: colocar la hora en la que concluyó la atención médica.
- Nombres y Apellidos: colocar el nombre y apellido del médico responsable de la atención.
- Código: colocar el número de registro otorgado por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada o quien haga sus veces.
- Firma y sello: colocar firma y sello del médico responsable de la atención.

P. DATOS DEL PROFESIONAL								
FECHA aaaa/mm/dd		HORA		NOMBRES Y APELLIDOS		CÓDIGO		FIRMA Y SELLO

Bloque Q. Firma del usuario

Solicitar al usuario el registro obligatorio de la firma, o de la huella dactilar para constancia de la atención médica recibida.

Q. FIRMA DEL USUARIO

9.2 Formulario SNS-MSP / Form. HCU 078 / 2019. Evaluación periódica

El formulario de evaluación periódica, se aplicará al usuario anualmente a partir del segundo año de haber ingresado a la empresa o institución, instancia pública y privada.

9.2.1 Contenido del formulario

Bloque A. Datos del establecimiento – empresa y usuario

Es la parte inicial del formulario donde constan los siguientes parámetros:

- Institución del sistema o nombre de la empresa: colocar el nombre del Sistema Nacional de Salud, razón social de la empresa o institución pública y privada, al cual pertenece el establecimiento de salud.
Los establecimientos de salud que pertenecen a la Red Pública Integral de Salud, deben colocar la institución del sistema que corresponda (IESS, ISSFA, ISSPOL y MSP).
- RUC: colocar el número de Registro Único de Contribuyente (RUC) asignado a la empresa.
- CIU: colocar el código de la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de actividades económicas (CIU), por ejemplo: código 861 corresponde a actividades de hospitales.
- Establecimiento de Salud: colocar el nombre en las empresas, instituciones e instancias públicas y privadas de todos los sectores productivos del país.
- Número de historia clínica: colocar el número del documento de identificación que presente el usuario como: cédula de ciudadanía / identidad, pasaporte, entre otros.
- Número de archivo: corresponde al número asignado a la carpeta física de la historia clínica ocupacional, el mismo dependerá de la técnica de archivo estipulada en la normativa legal vigente.
- Primer Apellido: colocar el primer apellido del usuario como se visualiza en el documento de identificación.
- Segundo Apellido: colocar el segundo apellido del usuario como se visualiza en el documento de identificación.
- Primer Nombre: colocar el primer nombre del usuario como se visualiza en el documento de identificación.
- Segundo Nombre: colocar el segundo nombre del usuario como se visualiza en el documento de identificación.
- Sexo: colocar la letra “H” si es hombre o la letra “M” si es mujer.
- Puesto de trabajo: colocar la actividad que realizará o realice el usuario en su sitio de trabajo de acuerdo a la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO), cuyo código se deberá colocar en paréntesis. Ejemplo: Enfermera (2221.01.02).

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
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	PUESTO DE TRABAJO (CIUO)

Bloque B. Motivo de consulta

Anotar el motivo, la causa o la razón de consulta médica, en este caso se debe colocar “evaluación médica periódica en el puesto de trabajo”.

B. MOTIVO DE CONSULTA
Descripción

Bloque C. Antecedentes personales

- **Antecedentes clínicos y quirúrgicos:** registrar la información proporcionada por el usuario en la anamnesis, en lo referente a antecedentes clínicos registrar enfermedades, alergias, traumatismos; en antecedentes quirúrgicos, detallar las principales intervenciones quirúrgicas a las que se ha sometido.

C. ANTECEDENTES PERSONALES
ANTECEDENTES CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS
Descripción

- **Hábitos tóxicos:** en la sección de hábitos tóxicos en caso de consumir alcohol, tabaco u otras drogas marcar con una “X” en la columna Si y colocar la información detallada a continuación, caso contrario marcar con una “X” en la columna No.
 - **Tiempo de consumo:** colocar meses
 - **Cantidad: colocar la dosis que se consume en la semana ejemplo:** un (1) tabaco, una (1) botella, (2) dosis.
 - **Ex consumidor:** marcar con una “X”, en caso de que el usuario ya no consuma alcohol, tabaco u otras drogas.
 - **Tiempo de abstinencia:** colocar en meses el tiempo que ya ha dejado de consumir, es importante tener en cuenta que se considera tiempo de abstinencia si ha dejado consumir mínimo tres (3) meses.

En otras drogas, se debe colocar en el espacio en blanco el tipo de droga que consume puede ser cannabis, cocaína, anfetaminas u otro tipo de estimulantes, inhalantes, alucinógenos, opiáceos, fármacos con prescripción médica, entre otros.

En la sección estilo de vida en caso de realizar actividad física o tomar medicación habitual marque Si, detallando la siguiente información:

- En “¿cuál?”, se debe colocar el tipo de actividad física que práctica, y en caso de tomar medicación habitual colocar el nombre genérico de la medicación que está ingiriendo, incluyendo suplementos nutricionales o productos de medicina alternativa
- Tiempo / cantidad: colocar con qué frecuencia realiza actividad física, registrar el tiempo en horas por semana ejemplo: 3 horas a la semana. En caso de que tome alguna medicación colocar la

dosis y cantidad de tabletas, cápsulas, comprimidos, jarabes, entre otros por semana ejemplo: 2 cápsulas/ semana.

HÁBITOS TÓXICOS											
ESTILO DE VIDA											
CONSUMOS NOCIVOS	SI	NO	TIEMPO DE CONSUMO (meses)	CANTIDAD	EX CONSUMIDOR	TIEMPO DE ABSTINENCIA (meses)	ESTILO	SI	NO	¿CUÁL?	TIEMPO / CANTIDAD
TABACO							ACTIVIDAD FÍSICA				Tiempo (día)
ALCOHOL											Cantidad (unidad)
OTRAS DROGAS:							MEDICACIÓN HABITUAL				

- **Incidentes:** reportar los incidentes de mayor recurrencia que pudieran desencadenar en accidente de trabajo y/o enfermedad profesional.

INCIDENTES
DESCRIBIR LOS PRINCIPALES INCIDENTES SUSCITADOS

- **Accidentes de trabajo (descripción):** para el registro de accidentes en el trabajo el personal sanitario debe contemplar las siguientes opciones:

- Marcar con una "X" en el casillero "Si", únicamente en caso de que el accidente de trabajo haya sido calificado por el Instituto de Seguridad Social correspondiente. En el campo "especificar" colocar la entidad que calificó este accidente: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), Comisión Calificadora de Riesgos (MDT) o quien haga sus veces de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente. En observaciones, deberá registrar la información del usuario el nombre de la empresa, puesto de trabajo, área, datos sobre la lesión: tipo de lesión, parte del cuerpo afectada, días de incapacidad, secuelas y otra información relacionada con el accidente suscitado.
- Marcar con una "X" en el casillero "No", cuando no haya existido accidentes en el trabajo.
- En el casillero "fecha", colocar el año, mes y día en el que se produjo el accidente de trabajo.

En caso que el usuario mencione que ha tenido un accidente en el trabajo pero éste no haya sido calificado por la entidad correspondiente, se debe dejar constancia del mismo en la sección de observaciones.

ACCIDENTES DE TRABAJO (DESCRIPCIÓN)
FUE CALIFICADO POR EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE: SI <input type="checkbox"/> ESPECIFICAR: _____ NO <input type="checkbox"/> FECHA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Observaciones:

- **Enfermedades profesionales:** para el registro de enfermedades, el personal sanitario debe contemplar las siguientes opciones:

- Marcar con una "X" en "Si", únicamente en caso que la enfermedad profesional haya sido calificada por el Instituto de Seguridad Social correspondiente. En el campo "especificar" colocar qué entidad calificó esta enfermedad: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto

de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) o la Comisión Calificadora de Riesgos (MDT) de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente. En la sección de “observaciones” deberá registrar el nombre de la empresa, puesto de trabajo, área, datos sobre la enfermedad, así también colocar el diagnóstico con código CIE, secuelas y otra información relacionada con la enfermedad profesional suscitado.

- Marcar con una “X” en el casillero “No”, cuando no haya existido enfermedades profesionales o no se tenga presunción de la misma.
- En el casillero “fecha”, colocar el año, mes y día en la que se calificó la enfermedad profesional.

Cuando el usuario mencione que ha tenido una enfermedad profesional pero no se encuentre calificada por la entidad competente, se debe dejar constancia de su presunción en la sección de observaciones.

ENFERMEDADES PROFESIONALES						
FUE CALIFICADA POR EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE:	SI <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR: _____	NO <input type="checkbox"/>			
		FECHA:	<table border="1"> <tr> <td>aaa</td> <td>mm</td> <td>dd</td> </tr> </table>	aaa	mm	dd
aaa	mm	dd				
Observaciones:						

Bloque D. Antecedentes familiares (detallar el parentesco)

Registrar la información anotando el número de cada una de las patologías de importancia presentadas en los familiares del usuario, tomando en consideración las siguientes: 1. Enfermedad cardio-vascular, 2. Enfermedad metabólica, 3. Enfermedad Neurológica, 4. Enfermedad oncológica, 5. Enfermedad infecciosa, 6. Enfermedad hereditaria / Congénita, 7. Discapacidades, 8. Otros.

D. ANTECEDENTES FAMILIARES (DETALLAR EL PARENTESCO)								DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO
1. ENFERMEDAD CARDIO-VASCULAR	2. ENFERMEDAD METABOLICA	3. ENFERMEDAD NEUROLÓGICA	4. ENFERMEDAD ONCOLÓGICA	5. ENFERMEDAD INFECCIOSA	6. ENFERMEDAD HEREDITARIA / CONGÉNITA	7. DISCAPACIDADES	8. OTROS	
Descripción								

Bloque E. Factores de riesgo del puesto de trabajo

En base al puesto de trabajo u ocupación que se encuentra desempeñando el usuario, la información de la evaluación de riesgos y la experiencia del personal médico ocupacional, colocar la siguiente información:

- Puesto de trabajo / Área: colocar el área y el puesto de trabajo donde se encuentra laborando.
- Actividades: colocar las actividades que está ejecutando.
- Tiempo de trabajo: colocar en meses el tiempo que permanece en su puesto de trabajo actual.
- Riesgo: señalar acorde a la matriz de identificación de riesgo elaborado para el puesto de trabajo u ocupación del usuario los factores de riesgo: mecánico, físico, químico, biológico, ergonómico, psicosocial.
- Medidas preventivas: de acuerdo a los riesgos identificados colocar las medidas de prevención recomendadas al usuario.

En cada factor de riesgo se establece al final la palabra “otros” donde se podrá añadir otro riesgo identificado que no conste en el listado.

Bloque H. Constantes vitales y antropometría

Registrar los datos de constantes vitales y antropometría obtenidos del usuario en: Presión arterial en (mmHg), Temperatura (°C), Frecuencia cardiaca (Lat/min), Saturación de oxígeno (O2%), Frecuencia respiratoria (respiraciones/min), Peso (Kg), Talla (cm), Índice de masa corporal (Kg/m2) y Perímetro abdominal (cm).

H. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA								
PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)	TEMPERATURA (°C)	FRECUENCIA CARDIACA (Lat/min)	SATURACIÓN DE OXÍGENO (O2%)	FRECUENCIA RESPIRATORIA (f/min)	PESO (Kg)	TALLA (cm)	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (Kg/m2)	PERÍMETRO ABDOMINAL (cm)

Bloque I. Examen físico regional

En la evaluación médica marcar con una “X” si es con patología.
En la sección de “observaciones”, detallar la patología encontrada.

I. EXAMEN FÍSICO REGIONAL												
REGIONES												
1. Piel	a. Cicatrices	3. Oído	a. C. auditivo externo	5. Nariz	a. Tabique	8. Tórax	a. Pulmones	11. Pelvis	a. Pelvis			
	b. Tatuajes		b. Pabellón		b. Cometes		b. Parrilla costal		b. Genitales			
	c. Piel y faneras		c. Timpanos		c. Mucosas		a. Visceras		a. Vascular			
2. Ojos	a. Párpados	4. Oro faringe	a. Labios	6. Cuello	d. Senos paranasales	9. Abdomen	b. Pared abdominal	12. Extremidades	b. Miembros superiores			
	b. Conjuntivas		b. Lengua		a. Tiroides / masas		a. Flexibilidad		c. Miembros inferiores			
	c. Pupilas		c. Faringe		b. Movilidad		b. Desviación		a. Fuerza			
	d. Córnea		d. Amígdalas		a. Mamas		10. Columna		13. Neurológico	b. Sensibilidad		
	e. Motilidad		e. Dentadura		b. Corazón					c. Dolor	c. Marcha	
SI EXISTE EVIDENCIA DE PATOLOGÍA MARCAR CON "X" Y DESCRIBIR EN LA SIGUIENTE SECCIÓN COLOCANDO EL NUMERAL												
Observaciones:												

Bloque J. Resultados de exámenes generales y específicos de acuerdo al riesgo y puesto de trabajo (imagen, laboratorio y otros)

Colocar los resultados de los exámenes que el médico solicitó realizar al usuario; estos serán de dos tipos:

- Exámenes generales para verificar la condición general de salud del usuario y,
- Exámenes específicos que tendrán relación con el puesto de trabajo u ocupación a desempeñar y al tipo de riesgo al que se exponga o se encuentre expuesto.

Se registrará el tipo de “examen”, la “fecha” (año, mes, día) y en la sección de “resultados”, se colocará lo reportado en caso de encontrar algún parámetro anormal y con relevancia clínica, si los exámenes se encuentran con parámetros normales en la sección de “observaciones” colocar únicamente el nombre de los exámenes realizados y colocar “normal”, es importante mencionar que los resultados de los exámenes realizados deben estar anexados en la historia clínica ocupacional.

J. RESULTADOS DE EXÁMENES GENERALES Y ESPECÍFICOS DE ACUERDO AL RIESGO Y PUESTO DE TRABAJO (IMAGEN, LABORATORIO Y OTROS)		
EXAMEN	FECHA aaaa / mm / dd	RESULTADO

Observaciones:

Bloque K. Diagnóstico

Detallar el diagnóstico y registrar el código CIE en caso de enfermedad profesional y enfermedad común, marcar con una "X" según corresponda la condición de diagnóstico: presuntivo o definitivo.

Es importante mencionar que para enfermedades profesionales se considera diagnóstico definitivo, cuando dicha patología sea calificada por la institución competente.

K. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1. Descripción					
2.					
3.					

Bloque L. Aptitud médica para el trabajo

De acuerdo a la valoración médica realizada al usuario marcar con una "X" el casillero de aptitud para el trabajo según corresponda:

- **Apto:** el usuario podrá desempeñar su tarea habitual sin ningún tipo de restricción física, ni laboral.
- **Apto en observación:** el usuario puede desempeñar su tarea habitual mientras sea sometido a vigilancia médica para determinar si es apto laboralmente.
- **Apto con limitaciones:** el usuario podrá desempeñar su tarea con la condicionante de realizar rehabilitación y en consecuencia la recuperación laboral, especialmente la integración profesional del personal con discapacidad o incapacidad laboral. Las restricciones podrán ser personales y/o laborales.
 - **Personales:** implica la obligatoriedad de realizar las medidas higiénico – sanitarias prescritas por el médico para salvaguardar su salud y prevenir agravamientos de una afección anterior.
 - **Laborales:**
 - **Adaptativas:** implican la adaptación del entorno laboral del usuario para la realización íntegra de las tareas propias de su puesto de trabajo.
 - **Restrictivas:** existe la prohibición de realizar total o parcialmente tareas muy concretas y específicas de su puesto de trabajo.
- **No apto:** valoración que recibe el usuario cuando el desempeño de su tarea implique problemas serios para la salud, o ésta le imposibilite la realización de las mismas, por lo cual en los dos casos no es posible la aplicación de calificación de apto con limitaciones.

Después de haber seleccionado la aptitud para el trabajo, registrar en los casilleros correspondiente algún tipo de observación o limitación si hubiere.

L. APTITUD MÉDICA PARA EL TRABAJO			
APTO	APTO EN OBSERVACIÓN	APTO CON LIMITACIONES	NO APTO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observación			
Limitación			

Bloque M. Recomendaciones y/o tratamiento

De acuerdo a la valoración médica efectuada colocar las recomendaciones y/o tratamiento farmacológico y no farmacológico.

M. RECOMENDACIONES Y/O TRATAMIENTO
Descripción

Bloque N. Datos del profesional

Finalizada la atención registrar:

- **Fecha de atención:** corresponde la fecha de la atención médica colocar en año, mes y día.
- **Hora:** colocar la hora en la que concluyó la atención médica.
- **Nombres y Apellidos:** colocar el nombre y apellido del médico responsable de la atención.
- **Código:** colocar el número de registro otorgado por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada o quien haga sus veces.
- **Firma y sello:** colocar firma y sello del médico responsable de la atención.

N. DATOS DEL PROFESIONAL			
FECHA aaaa-mm-dd	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CÓDIGO
			FIRMA Y SELLO

Bloque O. Firma del usuario

Solicitar al usuario el registro obligatorio de la firma, o de la huella dactilar para constancia de la atención médica recibida.

O. FIRMA DEL USUARIO

9.3 Formulario SNS-MSP / Form. HCU 079 / 2019. Evaluación de reintegro

El formulario de reintegro se debe aplicar de manera obligatoria cuando el usuario se reincorpore a su actividad laboral (oficio, labor u ocupación que desempeña el individuo) en caso de ausencia prologada mayor o igual a quince días (15) por motivos de salud, periodo de maternidad o incapacidad laboral.

9.3.1 Contenido del formulario

Bloque A. Datos del establecimiento – empresa y usuario

Es la parte inicial del formulario donde constan los siguientes parámetros:

- **Institución del sistema o nombre de la empresa:** colocar el nombre del Sistema Nacional de Salud, razón social de la empresa o institución pública y privada, al cual pertenece el establecimiento de salud.
Los establecimientos de salud que pertenecen a la Red Pública Integral de Salud, deben colocar la institución del sistema que corresponda (IESS, ISSFA, ISSPOL y MSP).
- **RUC:** colocar el número de Registro Único de Contribuyente (RUC) asignado a la empresa.
- **CIIU:** colocar el código de la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de actividades económicas (CIIU), por ejemplo: código 861 corresponde a actividades de hospitales.
- **Establecimiento de Salud:** colocar el nombre en las empresas, instituciones e instancias públicas y privadas de todos los sectores productivos del país.
- **Número de historia clínica:** colocar el número del documento de identificación que presente el usuario como: cédula de ciudadanía / identidad, pasaporte, entre otros.
- **Número de archivo:** corresponde al número asignado a la carpeta física de la historia clínica ocupacional, el mismo dependerá de la técnica de archivo estipulada en la normativa legal vigente.
- **Primer Apellido:** colocar el primer apellido del usuario como se visualiza en el documento de identificación.
- **Segundo Apellido:** colocar el segundo apellido del usuario como se visualiza en el documento de identificación.
- **Primer Nombre:** colocar el primer nombre del usuario como se visualiza en el documento de identificación.
- **Segundo Nombre:** colocar el segundo nombre del usuario como se visualiza en el documento de identificación.
- **Sexo:** colocar la letra "H" si es hombre o la letra "M" si es mujer.
- **Edad:** colocar en años la edad actual del usuario al momento del reintegro a las actividades laborales.
- **Puesto de trabajo:** colocar el puesto de trabajo del usuario de acuerdo a la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO), cuyo código se deberá colocar en paréntesis. Ejemplo: Enfermera (2221.01.02).
- **Fecha del último día laboral:** colocar la fecha en el formato (año, mes, día) de su último día de trabajo previo a la salida.
- **Fecha de reintegro:** colocar la fecha en el formato (año, mes, día) de reintegro a las actividades laborales.

- **Total (días):** contabilizar los días de ausencia al centro de trabajo desde que salió hasta que reingreso.
- **Causa de la salida:** colocar el motivo por el cual el usuario se ausentó del centro de trabajo.

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	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD (AÑOS)	PUESTO DE TRABAJO (CIUO)	FECHA DEL ÚLTIMO DÍA LABORAL	FECHA DE REINGRESO	TOTAL (DÍAS)	CAUSA DE SALIDA

Bloque B. Motivo de consulta / Condición de reintegro

Anotar el motivo, la causa o la razón de consulta médica, en caso del reintegro colocar “*evaluación médica ocupacional para el reingreso al puesto de trabajo*”.

B. MOTIVO DE CONSULTA / CONDICIÓN DE REINTEGRO
Descripción

Bloque C. Enfermedad actual

Colocar la información recopilada en la anamnesis sobre el origen, la evolución cronológica y las características de todos y cada uno de los síntomas y/o signos del usuario, de los tratamientos efectuados, entre otros datos que puedan aportar y dar indicios de la patología actual.

C. ENFERMEDAD ACTUAL
Descripción

Bloque D. Constantes vitales y antropometría

Registrar los datos las constantes vitales y antropometría obtenidos del usuario en: Presión arterial en (mmHg), Temperatura (°C), Frecuencia cardiaca (Lat/min), Saturación de oxígeno (O2%), Frecuencia respiratoria (respiraciones/min), Peso (Kg), Talla (cm), Índice de masa corporal (Kg/m²) y Perímetro abdominal (cm).

D. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA								
PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)	TEMPERATURA (°C)	FRECUENCIA CARDÍACA (Lat/min)	SATURACIÓN DE OXÍGENO (O2%)	FRECUENCIA RESPIRATORIA (RPM)	PESO (kg)	TALLA (cm)	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (kg/m ²)	PERÍMETRO ABDOMINAL (cm)
/								

Bloque E. Examen físico regional

En la evaluación médica marcar con una “X” si es con patología.
En la sección de “observaciones”, detallar la patología encontrada.

E. EXAMEN FÍSICO REGIONAL																			
REGIONES																			
1. Piel	a. Cicatrices			3. Oído	a. C. auditivo externo			5. Nariz	a. Tabique			8. Tórax	a. Pulmones			11. Pélvis	a. Pélvis		
	b. Tatuajes				b. Pabellón				b. Cornetes				b. Párrilla Costal				b. Genitales		
	c. Piel y Faneras				c. Timpános				c. Mucosas				a. Visceras				a. Vascular		
2. Ojos	a. Párpados			4. Cuello	a. Labios			6. Codo	d. Senos paranasales			9. Abdomen	b. Pared abdominal			12. Extremidades	b. Miembros superiores		
	b. Conjuntivas				c. Lengua				a. Tiroides / masas				a. Flexibilidad				c. Miembros inferiores		
	c. Pupilas				b. Faringe				b. Movilidad				b. Desviación				a. Fuerza		
	d. Córnea				d. Amígdalas				a. Mamas				c. Dolor				b. Sensibilidad		
	e. Motilidad				e. Dentadura				b. Corazón								c. Marcha		
<small>CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR EN LA SIGUIENTE SECCIÓN</small>												<small>SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR</small>							
Observaciones:																			

Bloque F. Resultados de exámenes (imagen, laboratorio y otros)

Colocar los resultados de los exámenes que el médico solicitó realizar al usuario; estos serán de dos tipos:

- Exámenes generales para verificar la condición general de salud del usuario y,
- Exámenes específicos que tendrán relación con el puesto de trabajo u ocupación a desempeñar y al tipo de riesgo al que se exponga o se encuentre expuesto.

Se registrará el tipo de “examen”, la “fecha” (año, mes, día) y en la sección de “resultados”, se colocará lo reportado en caso de encontrar algún parámetro anormal y con relevancia clínica, si los exámenes se encuentran con parámetros normales en la sección de “observaciones” colocar únicamente el nombre de los exámenes realizados y colocar “normal”, es importante mencionar que los resultados de los exámenes realizados deben estar anexados en la historia clínica ocupacional.

F. RESULTADOS DE EXÁMENES (IMAGEN, LABORATORIO Y OTROS)		
EXAMEN	FECHA <small>AAAAA / MM / DD</small>	RESULTADO
Observaciones:		

Bloque G. Diagnóstico

Detallar el diagnóstico y registrar el código CIE en caso de enfermedad profesional y enfermedad común, marcar con una “X” según corresponda la condición de diagnóstico: presuntivo o definitivo.

Es importante mencionar que para enfermedades profesionales se considera diagnóstico definitivo, cuando dicha patología sea calificada por la institución competente.

G. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1	Descripción					
2						
3						

Bloque H. Aptitud médica para el trabajo

De acuerdo a la valoración médica realizada al usuario marcar con una “X” el casillero de aptitud para el trabajo según corresponda:

- **Apto:** el usuario podrá desempeñar su tarea habitual sin ningún tipo de restricción física, ni laboral.
- **Apto en observación:** el usuario puede desempeñar su tarea habitual mientras sea sometido a vigilancia médica para determinar si es apto laboralmente.
- **Apto con limitaciones:** el usuario podrá desempeñar su tarea con la condicionante de realizar rehabilitación y en consecuencia la recuperación laboral, especialmente la integración profesional del personal con discapacidad o incapacidad laboral. Las restricciones podrán ser personales y/o laborales.
- **Personales:** implica la obligatoriedad de realizar las medidas higiénico sanitarias prescritas por el médico para salvaguardar su salud y prevenir agravamientos de una afección anterior.
- **Laborales:**
 - **Adaptativas:** implican la adaptación del entorno laboral del usuario para la realización íntegra de las tareas propias de su puesto de trabajo.
 - **Restrictivas:** existe la prohibición de realizar total o parcialmente tareas muy concretas y específicas de su puesto de trabajo.
- **No apto:** valoración que recibe el usuario cuando el desempeño de su tarea implica problemas serios para la salud, o ésta le imposibilita la realización de las mismas, por lo cual en los dos casos no es posible la aplicación de calificación apto con limitaciones.

Después de haber seleccionado la aptitud para el trabajo, registrar en los casilleros correspondiente registrar “observación”, “limitación” o “reubicación”.

En caso de presentar algún tipo de problema de salud, colocar si existiera una reubicación del puesto de trabajo.

H. APTITUD MÉDICA PARA EL TRABAJO				
Apto	Apto en observación	Apto con limitaciones	No apto	
Observación				
Limitación				
Reubicación				

Bloque I. Recomendaciones y/o tratamiento

De acuerdo a la valoración médica efectuada colocar las recomendaciones y/o tratamiento farmacológico y no farmacológico.

I. RECOMENDACIONES Y/O TRATAMIENTO
Descripción

Bloque J. Datos del profesional

Finalizada la atención registrar:

- Fecha: corresponde de la fecha de la atención médica, registrada en año, mes, día.
- Hora: colocar la hora en la que concluyó la atención médica.
- Nombres y Apellidos: colocar el nombre y apellido del médico responsable de la atención.
- Código: colocar el número de registro otorgado por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada o quien haga sus veces.
- Firma y sello: colocar firma y sello del médico responsable de la atención.

J. DATOS DEL PROFESIONAL									
FECHA <small>AAAA / MM / DD</small>		HORA		NOMBRES Y APELLIDOS		CÓDIGO		FIRMA Y SELLO	

Bloque K. Firma del usuario

Solicitar al usuario el registro obligatorio de la firma, o de la huella dactilar para constancia de la atención médica recibida.

K. FIRMA DEL USUARIO

9.4 Formulario SNS - MSP / FORM. HCU 080 / 2019. Evaluación de retiro

Este formulario se debe utilizar cuando el usuario se desvincule de la empresa o institución pública o privada dentro de los 5 días posteriores a su salida.

9.4.1 Contenido del formulario

Bloque A. Datos del establecimiento – empresa y usuario

Es la parte inicial del formulario donde constan los siguientes parámetros:

- Institución del sistema o nombre de la empresa: colocar el nombre del Sistema Nacional de Salud, razón social de la empresa o institución pública y privada, al cual pertenece el establecimiento de salud.
Los establecimientos de salud que pertenecen a la Red Pública Integral de Salud, deben colocar la institución del sistema que corresponda (IESS, ISSFA, ISSPOL y MSP).
- RUC: colocar el número de Registro Único de Contribuyente (RUC) asignado a la empresa.
- CIU: colocar el código de la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de actividades económicas (CIU), por ejemplo: código 861 corresponde a actividades de hospitales.
- Establecimiento de Salud: colocar el nombre en las empresas, instituciones e instancias públicas y privadas de todos los sectores productivos del país.
- Número de historia clínica: colocar el número del documento de identificación que presente el usuario como: cédula de ciudadanía / identidad, pasaporte, entre otros. Para establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP), si el usuario no cuenta con ningún tipo de documento de identificación colocar el código temporal compuesto de diez y siete (17) caracteres, según lo estipulado en la normativa vigente.
- Número de archivo: corresponde al número asignado a la carpeta física de la historia clínica ocupacional, el mismo dependerá de la técnica de archivo estipulada en la normativa legal vigente.
- Primer Apellido: colocar el primer apellido del usuario como se visualiza en el documento de identificación.
- Segundo Apellido: colocar el segundo apellido del usuario como se visualiza en el documento de identificación.
- Primer Nombre: colocar el primer nombre del usuario como se visualiza en el documento de identificación.
- Segundo Nombre: colocar el segundo nombre del usuario como se visualiza en el documento de identificación.
- Sexo: colocar la letra "H" si es hombre o la letra "M" si es mujer.
- Fecha de inicio de labores: registrar en año, mes, día la fecha de ingreso a la empresa, institución pública o privada.
- Fecha de salida: registrar en año, mes, día la fecha de salida de la empresa, institución pública o privada.
- Tiempo: registrar el tiempo que el usuario permaneció en la empresa, institución pública o privada expresada en días, meses o años.
- Puesto de trabajo: colocar la actividad que realizará o realice el usuario en su sitio de trabajo de acuerdo a la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO). Ejemplo: Enfermera (2221.01.02).

- Actividades: detallar las principales actividades que desempeñó.
- Factores de riesgo: detallar los principales factores de riesgo a los que se encontraba expuesto.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO - EMPRESA Y USUARIO								
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA O NOMBRE DE LA EMPRESA		RUC	CIUJ	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA		NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA DE INICIO DE LABORES	FECHA DE SALIDA	TIEMPO (meses)	PUESTO DE TRABAJO (CIUJ)
					aaaa / mm / dd	aaaa / mm / dd		
ACTIVIDADES			FACTORES DE RIESGO					

Bloque B. Antecedentes personales

Antecedentes clínicos y quirúrgicos: registrar la información proporcionada por el usuario en la anamnesis, en lo referente a antecedentes clínicos registrar enfermedades, alergias, traumatismos; en antecedentes quirúrgicos, detallar las principales intervenciones quirúrgicas a las que se ha sometido.

B. ANTECEDENTES PERSONALES
ANTECEDENTES CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS

- **Accidentes de trabajo (descripción):** para el registro de accidentes en el trabajo el personal sanitario debe contemplar las siguientes opciones:
 - Marcar con una "X" en el casillero "Si", únicamente en caso de que el accidente de trabajo haya sido calificado por el Instituto de Seguridad Social correspondiente. En el campo "especificar" colocar la entidad que calificó este accidente: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), Comisión Calificadora de Riesgos (MDT) o quien haga sus veces de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente. En observaciones, deberá registrar la información del usuario el nombre de la empresa, puesto de trabajo, área, datos sobre la lesión: tipo de lesión, parte del cuerpo afectada, días de incapacidad, secuelas y otra información de interés relacionada con el accidente suscitado.
 - Marcar con una "X" en el casillero "No", cuando no haya existido accidentes en el trabajo.
 - En el casillero fecha, colocar el año, mes y día en el que se produjo el accidente de trabajo.

En caso que el usuario mencione que ha tenido un accidente en el trabajo pero éste no haya sido calificado por la entidad correspondiente, se debe dejar constancia del mismo en la sección de observaciones.

ACCIDENTES DE TRABAJO (DESCRIPCIÓN)			
FUE CALIFICADO POR EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE:	SI <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR: _____	NO <input type="checkbox"/>
FECHA:		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Observaciones:			
Detallar aquí en caso se presuma de algún accidente de trabajo que no haya sido reportado o calificado:			

• **Enfermedades profesionales:** para el registro de enfermedades, el personal sanitario debe contemplar las siguientes opciones:

- Marcar con una “X” en “Si”, únicamente en caso que la enfermedad profesional haya sido calificada por el Instituto de Seguridad Social correspondiente. En el campo “especificar” colocar qué entidad calificó esta enfermedad: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) o la Comisión Calificadora de Riesgos (MDT) de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente. En la sección de “observaciones” deberá registrar el nombre de la empresa, puesto de trabajo, área, datos sobre la enfermedad, así también colocar el diagnóstico CIE, las secuelas y otra información relacionada con la enfermedad profesional.
- Marcar con una “X” en el casillero “No”, cuando no haya existido enfermedades profesionales o no se tenga presunción de la misma.
- En el casillero fecha, colocar el año, mes y día en la que se calificó la enfermedad profesional.

Cuando el usuario mencione que ha tenido una enfermedad profesional pero no se encuentre calificada por la entidad competente, se debe dejar constancia de su presunción en la sección de observaciones.

ENFERMEDADES PROFESIONALES			
FUE CALIFICADO POR EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE:	SI <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR: _____	NO <input type="checkbox"/>
FECHA:		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Observaciones:			
Detallar aquí en caso de que se presuma de alguna enfermedad relacionada con el trabajo que no haya sido reportada o calificada:			

Bloque C. Constantes vitales y antropometría

Registrar los datos de constantes vitales y antropometría obtenidos del usuario en: Presión arterial en (mmHg), Temperatura (°C), Frecuencia cardiaca (Lat/min), Saturación de oxígeno (O2%), Frecuencia respiratoria (respiraciones/min), Peso (Kg), Talla (cm), Índice de masa corporal (Kg/m2) y Perímetro abdominal (cm).

C. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA								
PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)	TEMPERATURA (°C)	FRECUENCIA CARDIACA (lpm)	SATURACIÓN DE OXÍGENO (%)	FRECUENCIA RESPIRATORIA (lpm)	PESO (Kg)	TALLA (cm)	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (kg/m2)	PERÍMETRO ABDOMINAL (cm)
/								

Bloque D. Examen físico regional

En la evaluación médica marcar con una "X" si es con patología.

En la sección de observaciones, detallar la patología encontrada.

D. EXAMEN FÍSICO REGIONAL															
REGIONES															
1. Piel	a. Cicatrices		3. Oído	a. C. auditivo externo		5. Nariz	a. Tabique		8. Tórax	a. Pulmones		11. Pélvis	a. Pélvis		
	b. Tatuajes			b. Pabellón			b. Cornetes			b. Parrilla costal			b. Genitales		
	c. Piel y faneras			c. Tímpanos			c. Mucosas			a. Visceras			a. Vascular		
2. Ojos	a. Párpados		4. Oros Baringe	a. Labios		6. Cuello	d. Senos paranasales		9. Abdomen	b. Pared abdominal		12. Extremidades	b. Miembros superiores		
	b. Conjuntivas			b. Lengua			a. Tiroides / masas			c. Flexibilidad			c. Miembros inferiores		
	c. Pupilas			c. Faringe			b. Movilidad			10. Columna	a. Desviación			a. Fuerza	
	d. Córnea			d. Amígdalas			a. Mamas				b. Dolor			b. Sensibilidad	
	e. Motilidad			e. Dentadura			b. Corazón				13. Neurológico				c. Marcha
CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA MARCAR CON "X" Y DESCRIBIR EN LA SIGUIENTE SECCIÓN ANOTANDO EL NUMERAL															
Observaciones															

Bloque E. Resultados de exámenes generales y específicos de acuerdo al riesgo y puesto de trabajo (imagen, laboratorio y otros)

Colocar los resultados de los exámenes que el médico solicitó realizar al usuario; estos serán de dos tipos:

- Exámenes generales para verificar la condición general de salud del usuario y,
- Exámenes específicos que tendrán relación con el puesto de trabajo u ocupación a desempeñar y al tipo de riesgo al que se exponga o se encuentre expuesto.

Se registrará el tipo de "examen", la "fecha" (año, mes, día) y en la sección de "resultados", se colocará lo reportado en caso de encontrar algún parámetro anormal y con relevancia clínica, si los exámenes se encuentran con parámetros normales en la sección de "observaciones" colocar únicamente el nombre de los exámenes realizados y colocar "normal", es importante mencionar que los resultados de los exámenes realizados deben estar anexados en la historia clínica ocupacional.

E. RESULTADOS DE EXÁMENES GENERALES Y ESPECÍFICOS DE ACUERDO AL RIESGO Y PUESTO DE TRABAJO (IMAGEN, LABORATORIO Y OTROS)		
EXAMEN	FECHA aada / mm / ds	RESULTADO
Observaciones:		

Bloque F. Diagnóstico

Detallar el diagnóstico y registrar el código CIE en caso de enfermedad profesional y enfermedad común, marcar con una "X" según corresponda la condición de diagnóstico: presuntivo o definitivo.

Es importante mencionar que para enfermedades profesionales se considera diagnóstico definitivo, cuando dicha patología sea calificada por la institución competente.

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1	Descripción					
2						
3						

Bloque G. Evaluación médica de retiro

En caso de haber asistido a la evaluación médica de retiro, marcar con una "X" en el casillero en "Si", caso contrario marcar "No". En la sección de observaciones colocar todo los datos relacionados con la condición de salud del usuario al momento de la salida.

G. EVALUACIÓN MÉDICA DE RETIRO	
SE REALIZÓ LA EVALUACIÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Observaciones:	

Bloque H. Recomendaciones y/o tratamiento

De acuerdo a la valoración médica efectuada colocar las recomendaciones y/o tratamiento farmacológico y no farmacológico.

H. RECOMENDACIONES Y/O TRATAMIENTO
Descripción

Bloque I. Datos del profesional

Finalizada la atención registrar:

- Fecha de atención: corresponde la fecha de la atención médica, registrar el año, mes y día.
- Hora: colocar la hora en la que concluyó la atención médica.
- Nombres y Apellidos: colocar el nombre y apellido del médico responsable de la atención.
- Código: colocar el número de registro otorgado por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada o quien haga sus veces.
- Firma y sello: colocar firma y sello del médico responsable de la atención.

I. DATOS DEL PROFESIONAL					
FECHA aaaa-mm-dd		HORA		NOMBRES Y APELLIDOS	
				CÓDIGO	
				FIRMA Y SELLO	

Bloque J. Firma del usuario

Solicitar al usuario el registro obligatorio de la firma, o de la huella dactilar para constancia de la atención médica recibida.

J. FIRMA DEL USUARIO

9.5 Formulario SNS-MSP / FORM. HCU 081 / 2019. Certificado de salud en el trabajo

Una vez ejecutadas las evaluaciones médicas preocupacional – inicio, periódica, reintegro, y retiro como resultado de todo el proceso, se emitirá el certificado en dos (2) copias originales, una de las cuales será archivada como parte de la historia clínica ocupacional y la otra entregada al usuario para los fines pertinentes.

9.5.1 Contenido del formulario

Bloque A. Datos del establecimiento – empresa y usuario

Es la parte inicial del formulario donde constan los siguientes parámetros:

- Institución del sistema o nombre de la empresa: colocar el nombre del Sistema Nacional de Salud, razón social de la empresa o institución pública y privada, al cual pertenece el establecimiento de salud.
Los establecimientos de salud que pertenecen a la Red Pública Integral de Salud, deben colocar la institución del sistema que corresponda (IESS, ISSFA, ISSPOL y MSP).
- RUC: colocar el número de Registro Único de Contribuyente (RUC) asignado a la empresa.
- CIU: colocar el código de la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de actividades económicas (CIU), por ejemplo: el código 861 corresponde a actividades de hospitales.
- Establecimiento de Salud: colocar el nombre en las empresas, instituciones e instancias públicas y privadas de todos los sectores productivos del país.
- Número de historia clínica: colocar el número del documento de identificación que presente el usuario como: cédula de ciudadanía / identidad, pasaporte, entre otros.
- Número de archivo: corresponde al número asignado a la carpeta física de la historia clínica ocupacional, el mismo dependerá de la técnica de archivo estipulada en la normativa legal vigente.
- Primer Apellido: colocar el primer apellido del usuario como se visualiza en el documento de identificación.
- Segundo Apellido: colocar el segundo apellido del usuario como se visualiza en el documento de identificación.
- Primer Nombre: colocar el primer nombre del usuario como se visualiza en el documento de identificación.
- Segundo Nombre: colocar el segundo nombre del usuario como se visualiza en el documento de identificación.
- Sexo: colocar la letra “H” si es hombre o la letra “M” si es mujer.
- Puesto de trabajo: colocar la actividad que realizará o realice el usuario en su sitio de trabajo de acuerdo a la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO). Ejemplo: Enfermera (2221.01.02).

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
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	PUESTO DE TRABAJO (CIUO)

Bloque B. Datos generales

Colocar los siguientes datos:

- Fecha de emisión: colocar la fecha en el formato (año, mes, día) de emisión del documento.
- Evaluación: marcar con una "X" cuando el certificado sea resultado de la evaluación médica de ingreso, periódica, de reintegro o retiro.

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

Bloque C. Aptitud médica laboral

Esta sección sólo se debe llenar cuando se haya realizado al usuario una evaluación médica preocupacional – inicio, periódica y reintegro.

De acuerdo a la valoración médica realizada al usuario marcar con una "X" el casillero de aptitud para el trabajo según corresponda:

- **Apto:** el usuario podrá desempeñar su tarea habitual sin ningún tipo de restricción física, ni laboral.
- **Apto en observación:** el usuario puede desempeñar su tarea habitual mientras sea sometido a vigilancia médica para determinar si es apto laboralmente.
- **Apto con limitaciones:** el usuario podrá desempeñar su tarea con la condicionante de realizar rehabilitación y en consecuencia la recuperación laboral, especialmente la integración profesional del personal con discapacidad o incapacidad laboral. Las restricciones podrán ser personales y/o laborales.
 - **Personales:** implica la obligatoriedad de realizar las medidas higiénico sanitarias prescritas por el médico para salvaguardar su salud y prevenir agravamientos de una afección anterior.
 - **Laborales:**
 - **Adaptativas:** implican la adaptación del entorno laboral del usuario para la realización íntegra de las tareas propias de su puesto de trabajo.
 - **Restrictivas:** existe la prohibición de realizar total o parcialmente tareas muy concretas y específicas de su puesto de trabajo.
- **No apto:** valoración que recibe el usuario cuando el desempeño de su tarea implica problemas serios para la salud, o ésta le imposibilita la realización de las mismas, por lo cual en los dos casos no es posible la aplicación de calificación apto con limitaciones.

Después de haber seleccionado la aptitud para el trabajo, registrar en los casilleros correspondiente algún tipo de observación o limitación si existiera.

C. APTITUD MÉDICA 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:			

Bloque D. Evaluación médica de retiro

Colocar las siguientes opciones:

- Cuando el usuario se realizó la evaluación médica de retiro Evaluación médica de retiro, marcar con una "X" en el casillero "Si", cuando se procedió a realizar la evaluación médica de retiro, caso contrario marcar con una "X" en el casillero "No".
- En la sección "condición del diagnóstico" marcar con una "X" en caso de tener un diagnóstico de salud presuntivo (sospecha de patología) o definitivo (confirmado mediante exámenes o calificado por la entidad competente) según corresponda; cuando el usuario se encuentre presuntamente sano marcar con una "X" en no aplica.
- En la sección de condición de salud marcar con una "X" en el casillero "Si" cuando el diagnóstico esté relacionada con el trabajo, en caso de que el diagnóstico no esté relacionado con el trabajo marcar con una "X", en el casillero "No"; si el usuario se encuentra presuntamente sano, marcar con una "X" no aplica.

D. EVALUACIÓN MÉDICA DE RETIRO			
El usuario se realizó la evaluación médica de retiro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Condición del diagnóstico	Presuntiva <input type="checkbox"/>	Definitiva <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
La condición de salud esta relacionada con el trabajo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>

Bloque E. Recomendaciones

Colocar las recomendaciones indicadas al usuario.

E. RECOMENDACIONES
Descripción

Con este documento certifico que el trabajador se ha sometido a la evaluación médica requerida para (el ingreso / la ejecución / el reitegro y retiro) al puesto laboral y se ha informado sobre 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 cual tiene carácter de confidencial.

Bloque F. Datos del profesional de salud

Finalizada la atención registrar:

- Nombres y Apellidos: registrar el nombre y apellido del médico responsable de la atención.
- Código: colocar el número de registro otorgado por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada o quien haga sus veces.
- Firma y sello: colocar firma y sello del médico responsable de la atención.

F. DATOS DEL PROFESIONAL DE SALUD					
NOMBRE Y APELLIDO		CÓDIGO		FIRMA Y SELLO	

Bloque G. Firma del usuario

Solicitar al usuario el registro obligatorio de la firma, o de la huella dactilar para constancia de la atención médica recibida.

G. FIRMA DEL USUARIO

9.6 Formulario de SNS - MSP / FORM.083 / 2019. Registro de inmunizaciones para salud en el trabajo

Se debe registrar en el esquema de inmunizaciones, las vacunas que el usuario ha recibido en el lugar de trabajo.

9.6.1 Contenido del formulario

Bloque A. Datos del establecimiento – empresa y usuario

Es la parte inicial del formulario donde constan los siguientes parámetros:

- Institución del sistema o nombre de la empresa: colocar el nombre del Sistema Nacional de Salud, razón social de la empresa o institución pública y privada, al cual pertenece el establecimiento de salud.
Los establecimientos de salud que pertenecen a la Red Pública Integral de Salud, deben colocar la institución del sistema que corresponda (IESS, ISSFA, ISSPOL y MSP).
- RUC: colocar el número de Registro Único de Contribuyente (RUC) asignado a la empresa.
- CIU: colocar el código de la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de actividades económicas (CIU), por ejemplo: código 861 corresponde a actividades de hospitales.
- Establecimiento de Salud: colocar el nombre en las empresas, instituciones e instancias públicas y privadas de todos los sectores productivos del país.
- Número de historia clínica: colocar el número del documento de identificación que presente el usuario como: cédula de ciudadanía / identidad, pasaporte, entre otros.
- Número de archivo: corresponde al número asignado a la carpeta física de la historia clínica ocupacional, el mismo dependerá de la técnica de archivo estipulada en la normativa legal vigente.
- Primer Apellido: colocar el primer apellido del usuario como se visualiza en el documento de identificación.
- Segundo Apellido: colocar el segundo apellido del usuario como se visualiza en el documento de identificación.
- Primer Nombre: colocar el primer nombre del usuario como se visualiza en el documento de identificación.
- Segundo Nombre: colocar el segundo nombre del usuario como se visualiza en el documento de identificación.
- Sexo: colocar la letra “H” si es hombre o la letra “M” si es mujer.
- Puesto de trabajo: colocar la actividad que realizará o realice el usuario en su sitio de trabajo de acuerdo a la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO). Ejemplo: Enfermera (2221.01.02).

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
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	PUESTO DE TRABAJO (CIUO)

Bloque B. Inmunizaciones

Registrar los siguientes datos según conste en el carnet de vacunación que presente el usuario:

- Vacunas: registrar cada una de las vacunas que haya recibido el usuario siempre y cuando presente el carnet de vacunas, caso contrario no se procederá al registro.
- Dosis: corresponde a las dosis de las vacunas ya establecido en el formulario
- Fecha: colocar la fecha en formato año, mes, día cuando se coloca la vacuna.
- Lote: colocar el lote de la vacuna.
- Esquema completo: en caso de haber cumplido con todas las dosis de vacuna marcar con una "X".
- Nombres completos del responsable: colocar el nombre y apellido de la persona que realizó la vacunación, en caso de haber colocado únicamente siglas transcribir tal como se encuentra en el carnet de vacunas.
- Establecimiento de salud: colocar el nombre del establecimiento de salud público o privado, empresa e institución pública o privada en donde se realizó la vacunación, en caso de no existir el nombre del establecimiento de salud en el carnet de vacunas colocar S/N (sin nombre).
- Observaciones: colocar alguna información adicional.

En los campos en blanco, de ser el caso, colocar las vacunas que no se encuentran en el listado principal, las mismas que deben estar acordes al tipo de riesgo y actividad que se realiza.

B. INMUNIZACIONES							
VACUNAS	DOSIS	FECHA (año mes día)	LOTE	ESQUEMA COMPLETO (marcar X)	NOMBRES COMPLETOS DEL RESPONSABLE DE LA VACUNACIÓN	ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE SE COLOCÓ LA VACUNA.	OBSERVACIONES
Tétanos - Difteria	1°						
	2°						
	3°						
	4°						
	5°						
Hepatitis A	1°						
	2°						
	3°						
Hepatitis B	1°						
	2°						
	3°						
Influenza estacional	Dosis única						
Fiebre Amarilla	Dosis única						
Sarampión-Rubéola	1°						
	2°						
OTRAS VACUNAS DE ACUERDO AL TIPO DE EMPRESA Y RIESGO							
	1°						
	2°						
	3°						
	4°						
	5°						
	1°						
	2°						
	3°						
	4°						
	5°						
	1°						
	2°						
	3°						
	4°						
	5°						

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.

10. Registro de Atención de Salud en el Trabajo (RAST)

Registro de Atención de Salud en el Trabajo (RAST).- La información obtenida como resultado de la atención médica, debe ser reportada de forma obligatoria por establecimientos de salud de las empresas e instituciones públicas y privadas, que conforme a la normativa vigente estén obligadas a contar con servicios médicos permanentes de salud ocupacional o similares, deberán reportar de forma obligatoria a la Autoridad Sanitaria Nacional la información obtenida como resultado de la atención médica de salud en el trabajo, en el Registro de Atención de Salud en el Trabajo (RAST), o documento que lo sustituya. Dicha herramienta será actualizada cuando la Autoridad Sanitaria Nacional lo requiera.

Cuando las actividades de las empresas e instituciones públicas y privadas puedan ocasionar un nivel de riesgo laboral alto y medio, deberán reportar de forma obligatoria a la Autoridad Sanitaria Nacional la información obtenida como resultado de la atención médica de salud en el trabajo, en el Registro de Atención de Salud en el Trabajo (RAST), o documento que lo sustituya.

11. Abreviaturas

- ASN: Autoridad Sanitaria Nacional
- CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades
- CIIU: Clasificación Industrial Internacional Uniforme de actividades económicas
- CIUO: Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones
- CP: Con patología
- DNEAIS: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud
- EP: Enfermedad Profesional
- Form: Formulario
- GEOSALUD: Sistema de información que permite localizar espacialmente cualquier establecimiento de la red integral de salud
- HCO: Historia Clínica Ocupacional
- HCU: Historia Clínica Única
- IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
- ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
- ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
- MDT: Ministerio del Trabajo
- MSP: Ministerio de Salud Pública
- OIT: Organización Internacional del Trabajo
- ONG's: Organizaciones No Gubernamentales
- RAST: Registro de Atención de Salud en el Trabajo
- RUC: Registro Único de Contribuyente
- SNS: Sistema Nacional de Salud
- SOLCA: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer
- SP: Sin patología

12. Referencias

1. Ministerio de Salud Pública. Acuerdo Ministerial 5216: Reglamento para el manejo de información confidencial en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2014 p. 9. Available from: www.salud.gob.ec
2. Organización Internacional del Trabajo. Registro y notificación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales [Internet]. Primera. Ginebra; 1996 [cited 2018 Nov 28]. 100 p. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/normativeinstrument/wcms_112630.pdf
3. Comunidad Andina de Naciones. Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo. Ecuador; 2004.
4. Dolores M, García V. Absentismo e Incapacidad Laboral Promover Organizaciones Saludables como garantía de excelencia y efectividad organizativa [Internet]. [cited 2018 Dec 3]. Available from: <http://www.cesasturias.es>
5. Panamericana la Salud O de. CIE-10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud [Internet]. 2003 [cited 2018 Sep 25]. Available from: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>
6. Alexander H, Romero F, Lizney L, Leidy Q, Betancourt Benavidez J, Rosio M, et al. Práctica empresarial en el sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo en la empresa ONG crecer en familia [Internet]. De los LLanos; 2017 [cited 2018 Dec 3]. Available from: http://repositorio.unillanos.edu.co/jspui/bitstream/001/855/1/runillanos_e-ssst_0009p_practica_empresa_en_seguridad_y_salud_en_el_trabajo_en_la_empresa_ong_crecer_en_familia.pdf
7. Ministerio de Protección Social. Resolución 2346. Evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales. [Internet]. 2346 2007. Available from: https://www.arlsura.com/index.php?option=com_content&view=article&id=891&catid=82&Itemid=891
8. Dirección Nacional de Normatización DN de DHG e I-M. Manual de atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI) [Internet]. Primera. Quito; 2016 [cited 2018 Dec 3]. 40 p. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/01/manual-lgbti-29-de-nov-2016_mod.pdf
9. Herrero MT Vicente, García MJ Terradillos ABM, Capdevila García L, Ramírez Iñiguez de la Torre MV AJE. Incapacidad Y Discapacidad : Diferencias Conceptuales Y. Asoc española Espec en Med del Trab [Internet]. 2016; Available from: http://www.aeemt.com/contenidos/grupos_trabajo/Incapacidad_Discapacidad_aeemt/documento_incapacidad_y_discapacidad.pdf
10. Ministerio de Salud Pública. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2002 p. 13. Available from: <https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/ley-sis-nac-salud.pdf>
11. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información en Salud. 2017.
12. Organización de Naciones Unidas. Orientación Sexual e Identidad de Género en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos [Internet]. [cited 2018 Dec 3]. Available from: www.acnudh.org
13. Organización Mundial de la Salud. Personal sanitario. WHO [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 3]; Available from: https://www.who.int/topics/health_workforce/es/

14. Secretaría de Trabajo y Previsión Social. Estados Unidos Mexicanos. Glosario de términos laborales [Internet]. [cited 2018 Dec 3]. Available from: http://www.stps.gob.mx/bp/secciones/conoce/areas_atencion/areas_atencion/web/Glosario/glosario.htm
15. Ministerio de la Protección Social. Guía técnica para el análisis de exposición a factores de riesgo ocupacional [Internet]. Bogotá; 2011 [cited 2018 Dec 4]. 178 p. Available from: <http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/publicaciones/guias/Guia-tecnica-exposicion-factores-riesgo-ocupacional.pdf>
16. Molino González B 1972-. Seguridad y evaluación de riesgos profesionales en parques eólicos. Madrid: Paraninfo, con la colaboración de COFIS; 2013. 93 p.
17. Moreno Jiménez B, León CB. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas [Internet]. [cited 2018 Dec 4]. Available from: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/publicaciones/profesionales/factores_riesgos_psico.pdf
18. José María Cortés Díaz. Técnicas de prevención de riesgos laborales: seguridad e higiene del trabajo. In Madrid; 2005. p. 842.
19. Presidencia de los Estados Unidos Mexicanos. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica [Internet]. abril 1986. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html>
20. María Teófila Vicente Herrero. Medicina del trabajo. Protocolos y procedimientos de vigilancia en la salud. Lettera publicaciones, editor. 2017.

13. Anexos

10.1 Formularios de la historia clínica ocupacional

Anexo 1. Formulario de evaluación preocupacional – inicio. SNS-MSP / Form. HCU 077 / 2019

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											
PRIMER APELLIDO						SEGUNDO APELLIDO						PRIMER NOMBRE						SEGUNDO NOMBRE						SEXO		EDAD (AÑOS)		RELIGIÓN				GRUPO SANGUÍNEO		LATERALIDAD					
ORIENTACIÓN SEXUAL		IDENTIDAD DE GÉNERO		DISCAPACIDAD				FECHA DE INGRESO AL TRABAJO (AAAA/MM/DD)		PUESTO DE TRABAJO (CIUO)		ÁREA DE TRABAJO		ACTIVIDADES RELEVANTES AL PUESTO DE TRABAJO A OCUPAR																									
Lesbiana	Gay	Bisexual	Heterosexual	Transgénero	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada	Preferencia no declarada									
SI	NO	TIPO	%																																				
B. MOTIVO DE CONSULTA																																							
NOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE																																							
Descripción																																							
C. ANTECEDENTES PERSONALES																																							
ANTECEDENTES CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS																																							
Descripción																																							
D. ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS																																							
MENARQUÍA				CICLOS				FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (AAAA/MM/DD)				GESTAS				PARTOS				CESÁREAS				ABORTOS				HIJOS VIVOS / MUERTOS				VIDA SEXUAL ACTIVA				MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR			
EXÁMENES REALIZADOS				SI				NO				TIEMPO (años)				RESULTADO				EXÁMENES REALIZADOS				SI				NO				TIEMPO (años)				RESULTADO			
PAPANICOLAOU																ECO MAMARIO																							
COLPOSCOPIA																MAMOGRAFIA																							
E. ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS MASCULINOS																																							
EXÁMENES REALIZADOS				SI				NO				TIEMPO (años)				RESULTADO				SI				NO				MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR				HIJOS VIVOS / MUERTOS							
ANTÍGENO PROSTÁTICO																																							
ECO PROSTÁTICO																																							
F. ANTECEDENTES DE TRABAJO																																							
ANTECEDENTES DE EMPLEOS ANTERIORES																																							
EMPRESA				PUESTO DE TRABAJO				ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑABA				TIEMPO DE TRABAJO (años)				RIESGO				OBSERVACIONES																			
																FÍSICO																							
																MEDICANO																							
																QUÍMICO																							
																BIOLÓGICO																							
																ERONÓMICO																							
																PSICODINAMICO																							
ACCIDENTES DE TRABAJO (DESCRIPCIÓN)																																							
FUE CALIFICADO POR EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE: SI <input type="checkbox"/> ESPECIFICAR: _____ NO <input type="checkbox"/> FECHA: _____																																							
Observaciones:																																							
ENFERMEDADES PROFESIONALES																																							
FUE CALIFICADA POR EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE: SI <input type="checkbox"/> ESPECIFICAR: _____ NO <input type="checkbox"/> FECHA: _____																																							
Observaciones:																																							

Aplicación de la historia clínica ocupacional

E. ANTECEDENTES FAMILIARES (DETALLAR EL PARENTESCO)								MARCAR Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO	
1. ENFERMEDAD CARDIO-VASCULAR	2. ENFERMEDAD METABÓLICA	3. ENFERMEDAD NEUROLÓGICA	4. ENFERMEDAD ONCOLÓGICA	5. ENFERMEDAD INFECCIOSA	6. ENFERMEDAD HEREDITARIA / CONGÉNITA	7. DISCAPACIDADES	8. OTROS		
Descripción									

F. FACTORES DE RIESGOS DEL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL			MARCAR Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO																						
PUESTO DE TRABAJO / ÁREA	ACTIVIDADES	RISGOS																							
		FÍSICO					MECÁNICO					QUÍMICO													
1.		Temperaturas altas	Temperaturas bajas	Relación con ruido	Relación con vibración	Relación con iluminación	Ruido	Vibración	Iluminación	Ventilación	Fallo eléctrico	Otros	Ataque por plagas	Ataque por insectos	Ataque por animales	Ataque por plantas	Ataque por hongos	Ataque por bacterias	Ataque por virus	Ataque por toxinas	Ataque por metales pesados	Ataque por gases	Ataque por líquidos	Ataque por sólidos	Ataque por otros
2.																									
3.																									
4.																									

PUESTO DE TRABAJO / ÁREA	ACTIVIDADES	RISGOS										MEDIDAS PREVENTIVAS														
		BIOLÓGICO					ERGONÓMICO						PSICOSOCIAL													
1.		Virus	Hongos	Bacterias	Parásitos	Exposición a agentes químicos	Exposición a agentes físicos	Exposición a agentes biológicos	Manejo manual de cargas	Movimiento repetitivo	Posturas forzadas	Trabajo con P.D.	Trabajo con P.D.	Monotonía del trabajo	Monotonía del trabajo	Monotonía del trabajo	Monotonía del trabajo	Monotonía del trabajo	Monotonía del trabajo	Monotonía del trabajo	Monotonía del trabajo	Monotonía del trabajo	Monotonía del trabajo	Monotonía del trabajo	Monotonía del trabajo	Monotonía del trabajo
2.																										
3.																										
4.																										

G. ACTIVIDADES EXTRA LABORALES
Descripción

H. ENFERMEDAD ACTUAL
Descripción

I. REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS						EN CASO DE EXISTIR PATOLOGÍA MARCAR CON "X" Y DESCRIBIR ABAJO COLOCANDO EL NUMERAL	
1. PIEL - ANEXOS	3. RESPIRATORIO	5. DIGESTIVO	7. MÚSCULO ESQUELÉTICO	9. HEMO LINFÁTICO			
2. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	4. CARDIO-VASCULAR	6. GENITO - URINARIO	8. ENDOCRINO	10. NERVIOSO			
Descripción							

J. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA								
PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)	TEMPERATURA (°C)	FRECUENCIA CARDIACA (L/min)	SATURACIÓN DE OXÍGENO (O2%)	FRECUENCIA RESPIRATORIA (L/min)	PESO (kg)	TALLA (cm)	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (kg/m ²)	PERÍMETRO ABDOMINAL (cm)
/								

K. EXAMEN FÍSICO REGIONAL														
REGIONES														
1. Piel	a. Cicatrices		3. Oído	a. C. auditivo externo		5. Nariz	a. Tabique		8. Tórax	a. Pulmones		11. Pelvis	a. Pelvis	
	b. Tatuajes			b. Pabellón			b. Cornetes			b. Parrilla Costal			b. Genitales	
	c. Piel y Faneras			c. Timpanos			c. Mucosas			a. Visceras			a. Vascular	
2. Ojos	a. Párpados		4. Ocu-faringe	a. Labios		7. Tórax 6. Cuello	d. Senos paranasales		9. Abdomen	a. Pared abdominal		12. Extremidades	d. Miembros superiores	
	b. Conjuntivas			b. Lengua			a. Tiroides / masas			a. Flexibilidad			a. Miembros inferiores	
	c. Pupilas			c. Faringe			b. Movilidad			b. Desviación			a. Fuerza	
	d. Córnea			d. Amígdalas			a. Mamas			c. Dolor			b. Sensibilidad	
	e. Motilidad			e. Dentadura			b. Corazón						c. Marcha	
SI EXISTE EVIDENCIA DE PATOLOGÍA MARCAR CON "X" Y DESCRIBIR EN LA SIGUIENTE SECCIÓN COLOCANDO EL NUMERAL Observaciones: 														
L. RESULTADOS DE EXÁMENES GENERALES Y ESPECÍFICOS DE ACUERDO AL RIESGO Y PUESTO DE TRABAJO (IMAGEN, LABORATORIO Y OTROS)														
EXAMEN	FECHA	RESULTADOS												
OBSERVACIONES:														
M. DIAGNÓSTICO														
		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF								
1	Descripción													
2														
3														
N. APTITUD MÉDICA PARA EL TRABAJO														
	APTO	APTO EN OBSERVACIÓN	APTO CON LIMITACIONES	NO APTO										
	Observación													
	Limitación													
O. RECOMENDACIONES Y/O TRATAMIENTO														
Descripción														
CERTIFICO QUE LO ANTERIORMENTE EXPRESADO EN RELACIÓN A MI ESTADO DE SALUD ES VERDAD. SE ME HA INFORMADO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS A TOMAR PARA DISMINUIR O MITIGAR LOS RIESGOS RELACIONADOS CON MI ACTIVIDAD LABORAL.														
P. DATOS DEL PROFESIONAL							Q. FIRMA DEL USUARIO							
FECHA	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CÓDIGO	FIRMA Y SELLO										

F. ENFERMEDAD ACTUAL	
Descripción	

G. REVISIÓN DE ÓRGANOS Y SISTEMAS						EN CASO DE EXISTIR PATOLOGÍA, MARCAR CON "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NUMERAL	
1. PIEL - ANEXOS	3. RESPIRATORIO	5. DIGESTIVO	7. MÚSCULO ESQUELÉTICO	9. HEMO LINFÁTICO			
2. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	4. CARDIO-VASCULAR	6. GENITO - URINARIO	8. ENDOCRINO	10. NERVIOSO			
Descripción							

H. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA								
PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)	TEMPERATURA (°C)	FRECUENCIA CARDIACA (L/min)	SATURACIÓN DE OXÍGENO (O2%)	FRECUENCIA RESPIRATORIA (8/min)	PESO (Kg)	TALLA (cm)	INDICE DE MASA CORPORAL (Kg/m2)	PERÍMETRO ABDOMINAL (cm)

I. EXAMEN FÍSICO REGIONAL											
REGIONES											
1. Piel	a. Cicatrices	3. Oído	a. C. auditivo externo	5. Nariz	a. Tabique	8. Tórax	a. Pulmones	11. Pelvis	a. Pelvis		
	b. Tatuajes		b. Pabellón		b. Cornetes		b. Parrilla costal		b. Genitales		
	c. Piel y faneras		c. Timpanos		c. Mucosas		a. Visceras		a. Vascular		
2. Ojos	a. Párpados	4. Oro faringe	a. Labios	6. Cuello	d. Senos paranasales	9. Abdomen	b. Pared abdominal	12. Extremidades	b. Miembros superiores		
	b. Conjuntivas		b. Lengua		a. Tiroides / masas		a. Flexibilidad		c. Miembros inferiores		
	c. Pupilas		c. Faringe		b. Movilidad		b. Desviación		a. Fuerza		
	d. Córnea		d. Amígdalas		a. Mamas		c. Dolor		b. Sensibilidad		
	e. Motilidad		e. Dentadura		b. Corazón				c. Marcha		
SI EXISTE EVIDENCIA DE PATOLOGÍA MARCAR CON "X" Y DESCRIBIR EN LA SIGUIENTE SECCIÓN COLOCANDO EL NUMERAL											
Observaciones:											

J. RESULTADOS DE EXÁMENES GENERALES Y ESPECÍFICOS DE ACUERDO AL RIESGO Y PUESTO DE TRABAJO (IMAGEN, LABORATORIO Y OTROS)		
EXAMEN	FECHA aaaa / mm / ds	RESULTADO
Observaciones:		

K. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
Descripción						
1.						
2.						
3.						

L. APTITUD MÉDICA PARA EL TRABAJO			
APTO	APTO EN OBSERVACIÓN	APTO CON LIMITACIONES	NO APTO
Observación			
Limitación			

M. RECOMENDACIONES Y/O TRATAMIENTO	
Descripción	

CERTIFICO QUE LO ANTERIORMENTE EXPRESADO EN RELACIÓN A MI ESTADO DE SALUD ES VERDAD. SE ME HA INFORMADO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS A TOMAR PARA DISMINUIR O MITIGAR LOS RIESGOS RELACIONADOS CON MI ACTIVIDAD LABORAL.

N. DATOS DEL PROFESIONAL					O. FIRMA DEL USUARIO	
FECHA aaaa-mm-dd	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CÓDIGO	FIRMA Y SELLO		

Anexo 3. Formulario de evaluación de reintegro. SNS - MSP / Form. HCU 079 / 2019

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													
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD (AÑOS)	PUESTO DE TRABAJO (CIJO)	FECHA DEL ÚLTIMO DÍA LABORAL	FECHA DE REINGRESO	TOTAL (DÍAS)	CAUSA DE SALIDA															
							AAAA / MM / DD	AAAA / MM / DD																	
B. MOTIVO DE CONSULTA / CONDICIÓN DE REINTEGRO																									
Descripción																									
C. ENFERMEDAD ACTUAL																									
Descripción																									
D. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA																									
PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)	TEMPERATURA (°C)	FRECUENCIA CARDÍACA (L/min)	SATURACIÓN DE OXÍGENO (O2%)	FRECUENCIA RESPIRATORIA (R/min)	PESO (kg)	TALLA (cm)	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (kg/m ²)	PERÍMETRO ABDOMINAL (cm)																	
/																									
E. EXAMEN FÍSICO REGIONAL																									
REGIONES																									
1. Piel	a. Cicatrices	b. Tatajes	c. Piel y Faneras	3. Oído	a. C. auditivo externo	b. Pabellón	c. Timpanos	5. Nariz	a. Tabique	b. Cornetes	c. Mucosas	d. Senos paranasales	8. Tórax	a. Pulmones	b. Pared Costal	c. Visceras	d. Pared abdominal	11. Pelvis	a. Pelvis	b. Genitales	c. Vascular	d. Miembros superiores	e. Miembros inferiores		
2. Ojos	a. Párpados	b. Conjuntivas	c. Pupilas	d. Córnea	e. Motilidad	4. Oído Interno	a. Labios	b. Lengua	c. Faringe	d. Amígdalas	e. Dentadura	6. Cuello	a. Tiroides / masas	b. Movilidad	c. Mamas	d. Corazón	9. Abdomen	a. Flexibilidad	b. Desviación	c. Dolor	10. Columna	a. Fuerza	b. Sensibilidad	c. Marcha	d. Reflejos
CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR EN LA SIGUIENTE SECCIÓN																									
SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR																									
Observaciones:																									
F. RESULTADOS DE EXÁMENES (IMAGEN, LABORATORIO Y OTROS)																									
EXAMEN	FECHA (AAAA / MM / DD)	RESULTADO																							
Observaciones:																									
G. DIAGNÓSTICO																									
												PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF									
1	Descripción																								
2																									
3																									
H. APTITUD MÉDICA PARA EL TRABAJO																									
APTO	APTO EN OBSERVACIÓN	APTO CON LIMITACIONES	NO APTO																						
Observación																									
Limitación																									
Reubicación																									
I. RECOMENDACIONES Y/O TRATAMIENTO																									
Descripción																									
CERTIFICADO QUE LO ANTERIORMENTE EXPRESADO EN RELACIÓN A MI ESTADO DE SALUD ES VERDAD. SE ME HA INFORMADO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS A TOMAR PARA DISMINUIR O MITIGAR LOS RIESGOS RELACIONADOS CON MI ACTIVIDAD LABORAL.																									
J. DATOS DEL PROFESIONAL										K. FIRMA DEL USUARIO															
FECHA (AAAA / MM / DD)	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CÓDIGO	FIRMA Y SELLO																					

Anexo 4. Formulario de evaluación de retiro. SNS - MSP / Form. HCU 080 / 2019

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	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA DE INICIO DE LABORES	FECHA DE SALIDA	TIEMPO (meses)	PUESTO DE TRABAJO (CIUO)	
					aaaa / mm / dd	aaaa / mm / dd			
ACTIVIDADES			FACTORES DE RIESGO						

B. ANTECEDENTES PERSONALES										
ANTECEDENTES CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS										
ACCIDENTES DE TRABAJO (DESCRIPCIÓN)										
FUE CALIFICADO POR EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE:					SI <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR: _____			NO <input type="checkbox"/>	FECHA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Observaciones:										
Detallar aquí en caso se presuma 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: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Observaciones:										
Detallar aquí en caso de que se presuma de alguna enfermedad relacionada con el trabajo que no haya sido reportada o calificada:										

C. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA									
PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)	TEMPERATURA (°C)	FRECUENCIA CARDIACA (pmo)	SATURACIÓN DE OXÍGENO (%)	FRECUENCIA RESPIRATORIA (pmo)	PESO (Kg)	TALLA (cm)	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (kg/m ²)	PERÍMETRO ABDOMINAL (cm)	
/									

D. EXAMEN FÍSICO REGIONAL											
REGIONES											
1. Piel	a. Cicatrices	3. Oído	a. C. auditivo externo	5. Nariz	a. Tabique	8. Torax	a. Pulmones	11. Pelvis	a. Pelvis		
	b. Tatujes		b. Pabellón		b. Cornetes		b. Parrilla costal		b. Genitales		
	c. Piel y faneras		c. Tímpanos		c. Mucosas	a. Visceras	a. Vascular				
	2. Ojos	a. Párpados	4. Orolaringe	a. Labios	6. Cuello	d. Senos paranasales	b. Pared abdominal		b. Miembros superiores	12. Extremidades	b. Miembros inferiores
		b. Conjuntivas		b. Lengua		a. Tiroides / masas	c. Flexibilidad		a. Fuerza		
c. Pupilas		c. Faringe		b. Movilidad		9. Abdomen	a. Desviación	b. Sensibilidad			
d. Córnea		d. Amígdalas		a. Mamas			10. Columna	b. Dolor	c. Marcha		
e. Motilidad		e. Dentadura		b. Corazón				13. Neurológico	d. Reflejos		
CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA MARCAR CON "X" Y DESCRIBIR EN LA SIGUIENTE SECCIÓN ANOTANDO EL NUMERAL											
Observaciones											

E. RESULTADOS DE EXÁMENES GENERALES Y ESPECÍFICOS DE ACUERDO AL RIESGO Y PUESTO DE TRABAJO (IMAGEN, LABORATORIO Y OTROS)											
EXAMEN		FECHA aaaa / mm / dd		RESULTADO							
Observaciones:											
F. DIAGNÓSTICO							PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1	Descripción										
2											
3											
G. EVALUACIÓN MÉDICA DE RETIRO											
SE REALIZÓ LA EVALUACIÓN		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>						
Observaciones:											
H. RECOMENDACIONES Y/O TRATAMIENTO											
Descripción											
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 aaaa-mm-dd		HORA		NOMBRES Y APELLIDOS		CÓDIGO		FIRMA Y SELLO			

Anexo 5. Certificado de salud en el trabajo. SNS - MSP / Form. HCU 081 / 2019

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO - EMPRESA Y USUARIO					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA O NOMBRE DE LA EMPRESA	RUC	CIU	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	NUMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	PUESTO DE TRABAJO (CIUO)

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

C. APTITUD MÉDICA 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"/>
	<input type="checkbox"/>	APTO CON LIMITACIONES	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		NO APTO <input type="checkbox"/>
DETALLE DE OBSERVACIONES:			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			

D. EVALUACIÓN MÉDICA DE RETIRO			
El usuario se realizó la evaluación médica de retiro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Condición del diagnóstico	Presuntiva <input type="checkbox"/>	Definitiva <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
La condición de salud esta relacionada con el trabajo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>

E. RECOMENDACIONES
Descripción
<input type="text"/>
<input type="text"/>

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 sobre 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 cual tiene carácter de confidencial.

F. DATOS DEL PROFESIONAL DE SALUD			
NOMBRE Y APELLIDO	<input type="text"/>	CÓDIGO	<input type="text"/>
		FIRMA Y SELLO	<input type="text"/>

G. FIRMA DEL USUARIO
<input type="text"/>

Anexo 6. Registro de inmunizaciones para salud en el trabajo SNS – MSP - Form. HCU. 083 / 2019

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO - EMPRESA Y USUARIO							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA O NOMBRE DE LA EMPRESA		RUC	CUIU	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	CARGO / OCUPACIÓN	
B. INMUNIZACIONES							
VACUNAS	DOSIS	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	1°						
	2°						
	3°						
	4°						
	5°						
Hepatitis A	1°						
	2°						
	3°						
Hepatitis B	1°						
	2°						
	3°						
Influenza estacional	Dosis única						
Fiebre Amarilla	Dosis única						
Sarampión-Rubéola	1°						
	2°						
INMUNIZACIONES DE ACUERDO AL TIPO DE EMPRESA Y RIESGO							
	1°						
	2°						
	3°						
	4°						
	5°						
	1°						
	2°						
	3°						
	4°						
	5°						
	1°						
	2°						
	3°						
	4°						
	5°						
	1°						
	2°						
	3°						
	4°						
	5°						

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.

10.2 Formularios de apoyo de historia clínica única

Anexo 7. Formulario de admisión. SNS-MSP / HCU-form.001 / 2008, en donde se llenarán los datos personales del usuario.

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
					PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA		
1 REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN									
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL. (CALLE Y N° - MANZANA Y CASA)				BARRIO	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	ZONA (UR)	N° TELÉFONO
FECHA NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PAÍS)	GRUPO CULTURAL	EDAD AÑOS CUMPLIDOS	SEXO M F		ESTADO CIVIL SOL CAS DIV VIU U-L		INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO APROBADO
FECHA DE ADMISIÓN		OCUPACIÓN		EMPRESA DONDE TRABAJA		TIPO DE SEGURO DE SALUD		REFERIDO DE:	
EN CASO NECESARIO LLAMAR A:			PARENTESCO - AFINIDAD		DIRECCIÓN			N° TELÉFONO	

CODIGO

COD= CÓDIGO U= URBANA R= RURAL M= MASCULINO F= FEMENINO SOL= SOLTERO CAS= CASADO DIV= DIVORCIADO VIU= VIUDO U-L= UNIÓN LIBRE

ADMISIONISTA

2 REGISTRO DE NUEVAS ADMISIONES PARA ATENCIONES DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES													
N°	FECHA	EDAD	REFERIDO DE:	PRIMERA	SUB	CÓDIGO	N°	FECHA	EDAD	REFERIDO DE:	PRIMERA	SUB	CÓDIGO
				ADMISIONISTA	SECUENTE	ADMISIONISTA					ADMISIONISTA	SECUENTE	ADMISIONISTA
1							11						
2							12						
3							13						
4							14						
5							15						
6							16						
7							17						
8							18						
9							19						
10							20						

3 REGISTRO DE CAMBIOS									
	FECHA	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN	EMPRESA	TIPO DE SEGURO DE SALUD			
1	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL. (CALLE Y NUMERO O MANZANA Y CA: BARRIO ZONA PARROQUIA CANTÓN PROVINCIA N° TELÉFONO								
2	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL. (CALLE Y NUMERO O MANZANA Y CA: BARRIO ZONA PARROQUIA CANTÓN PROVINCIA N° TELÉFONO								
3	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL. (CALLE Y NUMERO O MANZANA Y CA: BARRIO ZONA PARROQUIA CANTÓN PROVINCIA N° TELÉFONO								
4	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL. (CALLE Y NUMERO O MANZANA Y CA: BARRIO ZONA PARROQUIA CANTÓN PROVINCIA N° TELÉFONO								

4 INFORMACIÓN ADICIONAL		ESPACIO RESERVADO PARA REGISTRAR OTROS DATOS ESPECIFICOS DEL USUARIO REQUERIDOS POR LA INSTITUCIÓN QUE CONSTA EN EL ENCABEZAMIENTO							

Anexo 12. Formulario de referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa. MSP / DNEAIS / form. 053 / ene / 2014

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
						día mes año d-m-a d-aa				
Nacionalidad	Pais	Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domicilio			N° Telefónico	
Ver Instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria			Convencional/Celular	

II. REFERENCIA: 1 DERIVACIÓN: 2

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito/Área			
Refiere o Deriva a:							Fecha	
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año	

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutive 1 Saturación de capacidad instalada 4
 Ausencia temporal del profesio 2 Otros /Especifique: 5
 Falta de profesional 3

3. Resumen del cuadro clínico

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

Nombre del profesional: _____ Código MSP: _____ Firma: _____

III. CONTRAREFERENCIA: 3 REFERENCIA INVERSA: 4

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud		Tipo	Servicio	Especialidad del servicio		
Contrarefiere o Referencia inversa a:							Fecha	
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito/Área		día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista: _____ Código MSP: _____ Firma: _____

7. Referencia Justificada

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

