



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional  
de Salud

Centro Nacional de Salud Ocupacional  
y Protección del Ambiente  
para la Salud

GUIAS DE EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL  
(GEMO-001)

# GUIA DE PRÁCTICA CLINICA PARA EL EXAMEN MÉDICO-OCUPACIONAL



Lima Perú  
2008



**Ministerio de Salud**  
**Dr. Oscar Raúl Ugarte Ubilluz**  
Ministro de Salud

**Instituto Nacional de Salud**  
**Dra. Patricia García Funegra**  
Jefa Institucional

**Centro Nacional de Salud Ocupacional y Protección del Ambiente para la Salud**  
**Dra. Miriam E. Vidurizaga Ramos**  
Directora General

**Dirección Ejecutiva de Medicina y Psicología del Trabajo**  
**Psic. Juan Cossío Brazzan**  
Director Ejecutivo

**Equipo Técnico CENSOPAS**

**Dr. Jonh M. Astete Cornejo**  
Coordinador de Equipo Técnico

**Dr. Rolando Medina Chávez**  
**Dr. Héctor Collantes Lazo**  
**Dr. Walter Cáceres Leturia**

**Equipo Técnico Externo**

- **Dr. Karim Alkon Pozo**  
Comité de Normalización de Salud y Seguridad Ocupacional- INDECOPI
- **Dr. Denis Barnaby Rodriguez**  
Comisión Internacional de Salud Ocupacional (ICOH)
- **Dr. Aldo Ccahuana Vasquez**  
**BASF Peruana**
- **Dr. Mario D. Danila Dávila**  
Hospital Arzobispo Loayza
- **Dra. Rosa Falconi Sandoval**  
Colegio Médico del Perú
- **Dr. José Francia Romero**  
PROES-ISCOD-PERU
- **Dr. Jaime LaJara Gomez**  
Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales – EsSalud
- **Dr. Patricia Paredes Mesones**  
Sociedad de Medicina Ocupacional y Ambiental
- **Dra. Rosa Lazo Velarde**  
Universidad Mayor de San Marcos- Maestría Salud Ocupacional y Ambiental
- **Dr. Juan Carlos Palomino**  
Shouther Perú Cooper Corporation
- **Dr. Oscar Ramírez Yerba**  
Pacífico EPS
- **Dr. Alfredo Riboty Lara**  
Hospital Guillermo Almenara
- **Dr. Fermin Ruiz Gutierrez**  
Sociedad de Medicina Ocupacional y Ambiental
- **Dr. Eduardo Smith Inope**  
Ex. Director General CENSOPAS
- **Dr. Daniel Vargas Acevedo**  
Shougang Hierro Perú
- **Dr. Carlos Zeballos Palacios**  
Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales – EsSalud

## **1.1. GUIA DE PRÁCTICA CLINICA PARA EL EXAMEN MÉDICO-OCUPACIONAL**

### **1.1.1. FINALIDAD**

Contribuir a mejorar la atención a los usuarios de los servicios de evaluación médico ocupacional, a través de la adecuada práctica de exámenes médicos, antes, durante y al término de la relación laboral del usuario con su centro de trabajo, acorde a los riesgos a que está expuesto en sus labores.

### **1.1.2. OBJETIVO**

Establecer los lineamientos técnicos para el adecuado examen médico ocupacional que se realiza a los trabajadores de las diferentes actividades económicas, en los servicios de evaluación médico ocupacional públicos y privados.

### **1.1.3. AMBITO DE APLICACIÓN**

La presente Norma Técnica es aplicable a todos los establecimientos de salud públicos y privados incluyendo a Essalud, Fuerzas Armadas y Policía Nacional de Perú que realicen evaluaciones médico ocupacionales a los trabajadores de todos los sectores económicos, bajo el régimen laboral de la actividad pública y privada, en todo el territorio nacional.

### **1.1.4. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR**

GUIA DE PRÁCTICA CLINICA PARA EL EXAMEN MÉDICO-OCUPACIONAL

### **1.1.5. CODIGO CIE - 10: Z10.0**

### **1.1.6. DEFINICION**

Evaluación médica que se realiza antes de emplear a un trabajador, durante el ejercicio del vínculo laboral y al finalizar el mismo. Esta evaluación tiene por objetivo conocer: el estado de salud y/o aptitud del trabajador, la detección precoz de patologías ocupacionales, la promoción de la salud en el ambiente laboral y la vigilancia del trabajador expuesto. Asimismo, permite evaluar la eficiencia de las medidas preventivas y de control que se toman, y el impacto de éstas.

Estos pueden ser:

- a. Examen Médico Pre-empleo o Pre-ocupacional: Es la evaluación médica que se realiza al postulante antes de que éste sea admitido en un puesto de trabajo. Tiene por objetivo determinar el estado de salud al momento del ingreso, su aptitud al puesto de trabajo al cual postula.
- b. Examen Médico Periódico: Se realiza una vez al año con el fin de monitorear la exposición a factores de riesgo e identificar en forma precoz, posibles alteraciones temporales, permanentes o agravadas del estado de salud del trabajador, que se asocien al puesto de trabajo. Permite además, detectar enfermedades comunes, con el fin de establecer un manejo preventivo, La periodicidad de la evaluación se realizará de acuerdo con el tipo, magnitud y frecuencia de exposición a cada factor de riesgo (mapa de riesgo), así como al estado de salud del trabajador.

Los antecedentes que se registren en la evaluación médica periódica, se actualizarán a la fecha de la evaluación correspondiente y se revisarán comparativamente, cada vez que se realicen este tipo de evaluaciones.

- c. Examen Médico de Retiro o de Egreso: Evaluación médica realizada al trabajador respecto de su estado y condición de salud días previos al cese laboral, tendrán validez los exámenes ocupacionales realizados con una antigüedad no mayor de 3 meses. Mediante este examen se busca detectar enfermedades ocupacionales, secuelas de accidentes de trabajo y en general lo agravado por el trabajo (1).
- d. Otros exámenes médicos:
  - Por cambios de ocupación o puesto de trabajo, de funciones o nuevos riesgos: Esta evaluación se realiza al trabajador cada vez que éste cambie de ocupación y ello implique cambio de puesto de trabajo, de funciones, tareas o exposición a nuevos o mayores factores de riesgo, en los que detecte un incremento de su magnitud, intensidad o frecuencia.
  - Por reinserción laboral: Evaluación que se realiza posterior a incapacidad temporal prolongada.

En razón a estas definiciones se determina que el examen médico ocupacional está orientado a evaluar el impacto en la salud del trabajador por la exposición a los factores de riesgo en su ocupación habitual.

#### **1.1.7. FACTORES DE RIESGO**

Las diferentes actividades económicas y los diferentes puestos de trabajo, están expuestos a diferentes factores de riesgo, los cuales deben ser tomados en cuenta para la evaluación médico ocupacional, estos deben evaluarse por las características inherentes al mismo factor de riesgo, tipo de exposición, tiempo de exposición y/o asociación a otros riesgos.

La OIT (Oficina Internacional del Trabajo) y la OMS (Organización Mundial de la Salud), tienen en cuenta la clasificación de ocho factores de riesgo, así:

- **FISICO:** Son todos aquellos factores de naturaleza física que pueden provocar efectos adversos a la salud según sea la intensidad, exposición y concentración de los mismos. Se incluyen, el ruido, las vibraciones, la iluminación, las temperaturas extremas, las radiaciones y las presiones anormales.
- **QUIMICO:** Corresponden a las sustancias orgánicas e inorgánicas, natural o sintética que durante la fabricación, manejo, transporte, almacenamiento o uso, puedan incorporarse al ambiente en forma de polvos, humos, gases o vapores, con efectos irritantes, corrosivos, asfixiantes o tóxicos y en cantidades que tengan probabilidades de lesionar tejidos y estructuras de las personas que entran en contacto con ellas.
- **BIOLOGICO:** Son aquellos seres vivos, (Virus, Hongos, Bacterias, Parásitos) ya sean de origen animal o vegetal, y todas aquellas sustancias derivadas de los mismos, presentes en el puesto de trabajo y que pueden ser susceptibles de provocar efectos negativos en la salud de los trabajadores, tales como: enfermedades infectocontagiosas, reacciones alérgicas e intoxicaciones.

- **ERGONOMICOS:** Se consideran estos los elementos relacionados con las posturas de trabajo, los movimientos, los esfuerzos para el movimiento de cargas y transporte de los mismos, el diseño de las estaciones de trabajo, que pueden alterar la relación de la persona con la realización de la tarea, produciendo problemas en su salud, así como la secuencia de la producción.
- **PSICOSOCIALES:** O conocidos también como psicolaborales; referidos a aquellos factores intrínsecos, de la organización del trabajo, de las relaciones humanas, que al interactuar con factores endógenos (edad, patrimonio genético, antecedentes psicológicos) y exógenos (vida familiar, cultura), tienen la capacidad potencial de producir cambios psicológicos del comportamiento (agresividad, ansiedad, insatisfacción) y a la vez, trastornos físicos o psicosomáticos (fatiga, cefalea, propensión a trastornos gastrointestinales, hipertensión, cardiopatías, envejecimiento prematuro, entre otros).
- **MECANICO:** Se relacionan con condiciones de funcionamiento, diseño, forma, tamaño, disposición, de equipos, maquinas, herramientas, modo de uso y mantenimiento.
- **ELECTRICOS:** Sistemas eléctricos de las maquinas o equipos en el puesto de trabajo.
- **LOCATIVO:** Se caracterizan por encontrarse en las condiciones de las instalaciones o áreas de trabajo que, bajo circunstancias no adecuadas, pueden ocasionar accidentes de trabajo o pérdidas para la empresa.

#### **1.1.4. PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO**

##### **1.1.4.1. LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL.**

Es la principal herramienta para el diagnóstico de algún padecimiento de origen laboral, con una adecuada anamnesis dirigida a los antecedentes ocupacionales del trabajador, al tipo de exposición u ocupación.

Deberá considerar como mínimo los siguientes aspectos:

- Datos de la empresa.
  - Actividad específica y Puesto de Trabajo.
- Filiación del trabajador.
- Antecedentes Ocupacionales.
  - Interrogatorio sobre las características de la exposición a factor de riesgo identificado.
- Antecedentes Personales.
- Antecedentes Patológicos familiares.
- Evaluación Médica:
  - Anamnesis
    - Síntomas que manifieste el trabajador, forma y tiempo de inicio.
    - Síntomas que el trabajador relacione a su trabajo.
    - Evolución en el tiempo de los síntomas.
    - Identificar si los síntomas mejoran o empeoran al estar en su casa o en el trabajo.
    - Identificar si en el trabajo existen otros trabajadores con la misma sintomatología
  - Examen Físico.
- Exámenes Auxiliares y Complementarios.
- Conclusiones Diagnosticas.
- Recomendaciones.

La evaluación Médica Ocupacional se realizara utilizando:

- El Certificado de Trabajo para Evaluaciones Médico Ocupacionales, (emitido por el empleador, Anexo 1).
- La Historia Clínica Medico Ocupacional (Anexo 2).

#### **1.1.4.2. EXAMENES AUXILIARES Y PROCEDIMIENTOS DE AYUDA DIAGNOSTICA**

Los exámenes auxiliares y procedimientos de ayuda diagnostica ocupacional están enfocados a determinar el estado de salud basal del trabajador desde su evaluación pre-empleo o pre-ocupacional y los cambios que ayuden a detectar de manera precoz la presencia de una patología asociada al trabajo.

La indicación para realizar los exámenes auxiliares y complementarios son anuales, estos se pueden realizar con mayor o menor frecuencia por indicación del medico ocupacional y de acuerdo a la exposición a los factores de riesgo, en caso se haya detectado alguna alteración que es necesario monitorear.

Por ejemplo:

1. Audiometría.
2. Espirometría.
3. Exámenes toxicológicos (de acuerdo al riesgo de exposición)
4. Radiografía de Tórax.
5. Biometría sanguínea.
6. Bioquímica sanguínea.
7. Grupo y Factor Sanguíneo (si no se tiene la información).
8. Examen completo de Orina.
9. Otros exámenes y procedimientos relacionados al riesgo de exposición u otros indicados a criterio del médico ocupacional y de acuerdo a las guías de diagnostico de enfermedades ocupacionales.

Deberá incluir el consentimiento informado en aquellas pruebas que lo amerite.

Los exámenes y procedimientos deberán ser realizados por instituciones y profesionales certificados por el Ministerio de Salud a través del Instituto Nacional de Salud CENSOPAS (CERTIFICADO INS - CENSOPAS).

#### **1.1.5. RESULTADOS**

El examen médico ocupacional concluye determinando si el trabajador es:

- **APTO:** Trabajador sano o con hallazgos clínicos que no generan pérdida de capacidad laboral ni limitan el normal ejercicio de su labor.
- **APTO CON RESTRICCIONES:** Aquel trabajador que a pesar de tener algunas patologías, puede desarrollar la labor habitual teniendo ciertas precauciones, para que estas no pongan en riesgo su seguridad, disminuyan su rendimiento, o puedan verse agravadas deben ser incluidos en programas de vigilancia específicos.
- **NO APTO:** Trabajador que por patologías, lesiones o secuelas de enfermedades o accidentes tienen limitaciones orgánicas que les hacen imposible la labor en las circunstancias en que está planteada dentro de la empresa.

### 1.1.6. MANEJO SEGÚN NIVEL DE ATENCION

**1.1.6.1.** Los Servicios de Prevención y Medicina Ocupacional (SPMO) en las Empresas: Servicio propio o brindado por terceros certificados por el Centro Nacional de Salud Ocupacional y Ambiental (CENSOPAS/INS/MINSA), que realizan actividades de prevención, vigilancia, diagnóstico de enfermedades ocupacionales y comunes, accidentes de trabajo, documentación, archivo de Historias Clínicas (caducidad indefinida), información, notificación obligatoria, y/o referencia de trabajadores para su evaluación médica en SEMO.

**1.1.6.2.** Servicios de Evaluación Medico Ocupacional (SEMO) públicos o privados certificados por el CENSOPAS/INS/MINSA, que realizaran la evaluación médica ocupacional preempleo, periódica, de retiro u otros exámenes médicos con el fin de identificar las enfermedades ocupacionales y comunes.

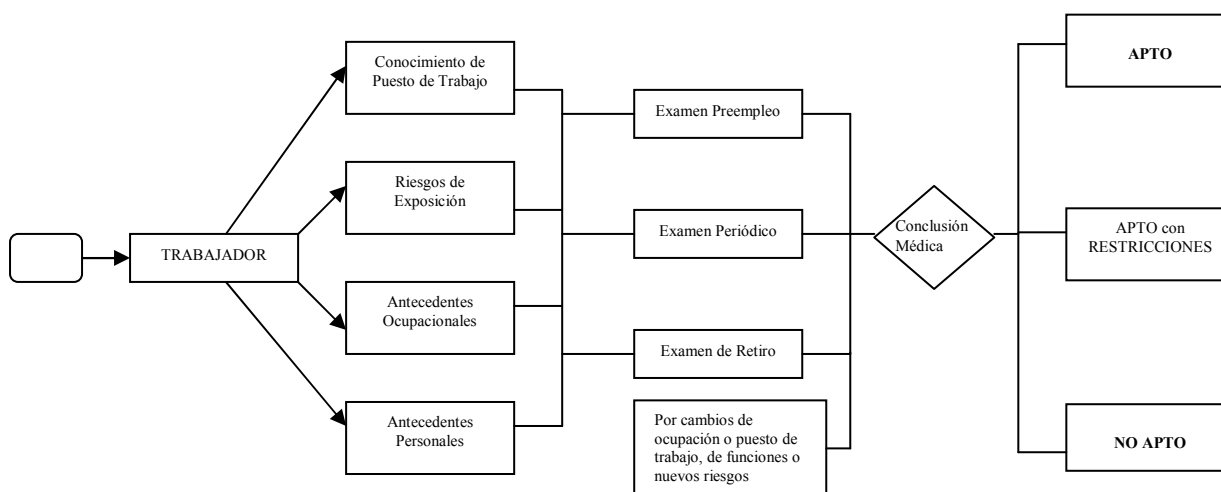
**1.1.6.3.** Las enfermedades ocupacionales identificadas por SPMO y SEMO notificarán al CENTRO NACIONAL DE SALUD OCUPACIONAL Y PROTECCION DEL AMBIENTE PARA LA SALUD CENSOPAS – INS, quien será el encargado de notificar periódicamente a la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud.

El médico debe respetar la reserva de la historia clínica ocupacional y sólo remitirá al empleador el Certificado de Aptitud Médico Ocupacional (Anexo 05), indicando las restricciones existentes y las recomendaciones o condiciones que se requiere adoptar para que el trabajador pueda desempeñar la labor, y deberá informar del estado de salud al propio trabajador.

### 1.1.7. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

- Diagnostico de patología a ser tratado por especialidad.
- Evaluación Médica para ayuda diagnostica o segunda opinión. (Anexo 3 y 4).

### 1.1.8. FLUJOGRAMA



### **1.1.9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Ministerio de Trabajo. DS. 007-2007 -TR MODIFICAN ARTICULOS DEL DS. 009-2005 TR REGLAMENTO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
2. R.M. 751-2004/MINSA, NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud”.
3. R.M. 597-2006/MINSA; NT N° 022-MINSA/DGSP-V-02 “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.
4. Joseph LaDou, Diagnostico y Tratamiento en Medicina Laboral y Ambiental. Tercera Ed.2005
5. Rene Mendes. Patología do Trabalho. Ateneu Rio de Janeiro 2001
6. Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Neumoconiosis (Silicosis, Neumoconiosis del minero de carbón y Asbestosis) (GATI- NEUMO) Bogotá, Diciembre de 2006.
7. Organización Internacional del Trabajo -OIT. Convenio N° 161 sobre servicios de salud en el trabajo. Ginebra: OIT; 1985.
8. García M. La vigilancia de la salud de los trabajadores. MAPFRE Seguridad 1998.
9. Pico M. Metodología de los panoramas de Factores de Riesgo Ocupacional, Estrategia educativa en Salud Ocupacional: U. Caldas; 2006.

### **1.1.10. ANEXOS**

Anexo 1: Certificado de Trabajo.

Anexo 2: Historia Clínica Médica Ocupacional.

Anexo 3: Formulario de Referencia para Enfermedad o Accidente de Trabajo.

Anexo 4: Formulario de Contrarreferencia para Enfermedad o Accidente de Trabajo.

Anexo 5: Certificado de Aptitud Médico Ocupacional.



## Anexo 01

## Certificado de Trabajo

I. DATOS GENERALES												
Fecha de la Certificación				Día		Mes			Año			
Lugar de la Certificación		Departamento			Provincia			Distrito				
II. DATOS DE LA EMPRESA QUE CERTIFICA												
Razón Social												
Actividad Económica												
CIU		RUC										
Domicilio Actual	Avenida/Calle/Jirón/Pasaje											
	Numero/Departamento/Interior				Urbanización							
	Distrito		Provincia			Departamento						
Apellidos y Nombres de la Persona Responsable de la Certificación												
Documento de Identidad (Carné de Identidad, DNI, Carne de extranjería)												
III. DATOS DEL TRABAJADOR CERTIFICADO												
Apellidos y Nombres											Edad	
Domicilio Actual	Avenida/Calle/Jirón/Pasaje											
	Numero/Departamento/Interior				Urbanización							
	Distrito		Provincia			Departamento						
Documento de Identidad (DNI, Pasaporte, Carné de extranjería)												
IV. PUESTOS DE TRABAJO EN LA EMPRESA												
Puesto de Trabajo		Área De trabajo			Tiempo de Trabajo años			Factor de Riesgo o Peligro		EPP		
CIUO 88												
CODIGO DEL MATRIZ , IPER O MAPA DE RIESGO DEL PUESTO DE TRABAJO												
Sello y Firma de los responsables de la Emisión del Certificado												

## ANEXO 02

## Historia Clínica Médica Ocupacional

Historia Clínica N°		Fecha	Día		Mes		Año	
Tipo de Evaluación	Pre Ocupacional		Periódica		Retiro		Otros	
Lugar del Examen	Departamento		Provincia		Distrito			
<b>I. DATOS DE LA EMPRESA</b> (llenar con letra clara)								
Razón Social								
Actividad Económica								
Lugar de Trabajo								
Ubicación	Departamento		Provincia		Distrito			
Puesto al que postula	(solo pre ocupacional)							
<b>II. FILIACION DEL TRABAJADOR</b> (llenar con letra clara o marque con un <b>X</b> lo solicitado )								
Nombre y Apellidos							<b>FOTO</b>	
Fecha de Nacimiento	Día		Mes		Año			
Edad		a						
Documento de Identidad	(Carné de extranjería, DNI, Pasaporte)							
Domicilio Fiscal								
Avenida/Calle/Jirón/Pasaje								
Numero/Departamento/Interior			Urbanización					
	Distrito		Provincia		Departamento			
Residencia en Lugar Trabajo	SI		NO		Tiempo de residencia en Lugar de Trabajo		años	
ESSALUD		EPS		OTRO		SCTR		OTRO
Correo Electrónico					Teléfono			
Estado Civil					Grado de Instrucción			
N° Total de Hijos Vivos					N° dependientes			
<b>III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES</b> (llenar con letra clara o marque con un <b>X</b> lo solicitado )								
EMPRESA	Área de Trabajo	Ocupación	Fecha	Tiempo	Exposición Ocupacional	EPP		
			I					
			F					
			I					
			F					
			I					
			F					
			I					
			F					
			I					
			F					
			I					
			F					
			I					
			F					
			I					
			F					
<b>IV. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES</b> (llenar con letra clara o marque con un <b>X</b> )								
Alergias	Diabetes		TBC		Hepatitis B			
Asma	HTA		ITS		Tifoidea			
Bronquitis	Neoplasia		Convulsiones		Otros			
Quemaduras								
Cirugías					Intoxicaciones			

Hábitos Nocivos	Tipo		Cantidad		Frecuencia						
Alcohol											
Tabaco											
Drogas											
Medicamentos											
<b>V. ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES (llenar con letra clara )</b>											
Padre			Madre			Hermanos					
Esposo(a)			Hijos Vivos		Nº	Hijos Fallecidos					
<b>Absentismo: Enfermedades y Accidentes (asociado a trabajo o no)</b>											
Enfermedad, Accidente	Asociado al Trabajo		Año	Días de descanso							
	SI	NO									
<b>VI. EVALUACION MEDICA (llenar con letra clara o marque con un X )</b>											
<b>Anamnesis:</b>											
Examen Clínico	Talla (m)		Peso (Kg.)		IMC		Perímetro Abdominal				
	F. Resp.		F. Card.		PA		PAméd				
	otros										
Ectoscopia:											
Estado Mental											
<b>EXAMEN FISICO</b>											
Organo o Sistema	Sin Hallazgos	Hallazgos									
Piel											
Cabello											
Ojos y Anexos		Agudeza Visual	OD		OI		Con correctores	OD		OI	
		Fondo de Ojo			Visión de colores						
		Visión de profundidad									
Oídos											
Nariz											
Boca											
Faringe											
Cuello											
Aparato Respiratorio											
Aparato Cardiovascular											
Aparato Digestivo											
Aparato Genitourinario											
Aparato Locomotor											
Marcha											
Columna											

Miembros Superiores			
Miembros Inferiores			
Sistema Linfático			
Sistema Nervioso			
<b>VI. Conclusiones de Evaluación Psicológica</b>			
<b>VII. Conclusiones Radiográficas</b>			
<b>VIII. Hallazgos Patológicos de Laboratorio</b>			
<b>IX. Conclusión Audiometría</b>			
<b>X. Conclusión de Espirometría</b>			
<b>XI. Otros</b>			
<b>XIII. Diagnostico Medico Ocupacional</b>			<b>CIE -10</b>
1.	P	D	R
2.	P	D	R
3.	P	D	R
<b>OTROS DIAGNOSTICOS</b>			
4.	P	D	R
5.	P	D	R
6.	P	D	R
<b>APTO</b>		<b>APTO CON RESTRICCIONES</b>	<b>NO APTO</b>
<b>XIII. Recomendaciones</b>			
<b>Huella Digital y Firma del Paciente</b> (con la cual declara que la información declarada es veraz)			
<b>Nombre, Firma y Sello de Medico Evaluador</b>			

P(Presuntivo), D(Definitivo), R(Repetido)



**ANEXO 03**  
**Formulario de Referencia para Enfermedad o Accidente de Trabajo**

I. DATOS GENERALES				N° de Referencia			
Historia Clínica N°				Fecha	Día	Mes	Año
Lugar del Examen	Departamento			Provincia			Distrito
Origen de Referencia Empresa o Servicio							
Destino de Referencia	MINSALUD						
	ES SALUD						
	PRIVADO						
UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO				Departamento			Provincia
						Distrito	
II. IDENTIFICACION DEL USUARIO							
Nombre y Apellidos							
Fecha de Nacimiento	Día			Mes			Año
Edad	Años			SEXO		M	F
Documento de Identidad (Carné de Extranjería, DNI, Pasaporte)							
Domicilio Actual	Avenida/Calle/Jirón/Pasaje						
	Número/Departamento/Interior			Urbanización			
	Distrito			Provincia			Departamento
III. MOTIVO DE REFERENCIA							
IV. CONCLUSIONES DIAGNOSTICAS							
				CIE -10			
				CIE - 10			
				CIE - 10			
				CIE - 10			
				CIE - 10			
				CIE - 10			
Condiciones del paciente referido							
Estable		Estable necesario con evaluación en destino			Estable con seguimiento estricto		
A ser evaluado como:							
CONSULTA EXTERNA		URGENCIA			EMERGENCIA		
Otras recomendaciones e indicaciones para seguimiento							
Persona que acompaña							
Responsable de la referencia							
Nombre del Profesional							
N° de Colegiatura							
Sello y Firma del profesional que refiere							



## ANEXO 04

## Formulario de Contrarreferencia para Enfermedad o Accidente de Trabajo

I. DATOS GENERALES				N° de Contrarreferencia				
Historia Clínica N°				Fecha	Día	Mes	Año	
Lugar del Examen	Departamento			Provincia			Distrito	
Origen de Referencia Empresa								
Origen de Contrarreferencia		MINSA						
		ES SALUD						
		PRIVADO						
UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO				Departamento			Provincia	Distrito
II. IDENTIFICACION DEL USUARIO								
Nombre y Apellidos								
Fecha de Nacimiento		Día			Mes			
						Año		
Edad	Años			Meses			SEXO	
						M	F	
Documento de Identidad (Carné de Identidad, DNI, Pasaporte, LM)								
Domicilio Actual	Avenida/Calle/Jirón/Pasaje							
	Número/Departamento/Interior				Urbanización			
	Distrito			Provincia			Departamento	
III. RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA								
Fecha de Ingreso				Fecha de Egreso				
Diagnóstico de Ingreso								
IV. CONCLUSIONES DIAGNOSTICAS DE EGRESO								
				CIE -10				
				CIE - 10				
				CIE - 10				
				CIE - 10				
V. TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS REALIZADOS								
VI. DATOS DE LA CONTRAREFERENCIA								
Origen de la Referencia (Empresa)								
Calificación Principal de la Referencia				Justificada			No Justificada	
Unidad Prestadora de Servicio que ordena la Contrarreferencia								
Consulta Externa			Emergencia			Apoyo Dx.	Hospitalización	
Especialidad que ordena la Contrarreferencia								
Medicina	Cirugía	Gineco-Obst.		Lab.	Dx. Imag.		Otros	
Especificar Otros o Sub-especialidad:								
Recomendaciones e indicaciones para seguimiento								
Responsable de la Contrarreferencia								
Condiciones del usuario para la Contrarreferencia				Nombre del Profesional				
Curado	Deserción				N° de Colegiatura			
Mejorado	Retiro Voluntario				Sello y Firma			
Atendido x Apoyo Dx.	Fallecido							

**Anexo 05  
Certificado de Aptitud Médico Ocupacional**

<b>LOGO DE QUIEN CERTIFICA (EMPRESA, CLINICA, CENTRO MEDICO)</b>										<b>CODIGO</b>					
<b>CERTIFICA que el Sr.(a):</b>															
<b>Nombre y Apellidos</b>															
<b>Documento de Identidad</b>											<b>Edad</b>	años	<b>Genero</b>	<b>M</b>	<b>F</b>
<b>Puesto al que postula</b> (solo pre ocupacional)															
<b>Ocupación actual o ultima Ocupación</b>															
<b>HISTORIA CLINICA</b>															
<b>Conclusiones</b>															
<b>APTO</b> (para el puesto en el que trabaja o postula)					<b>Restricciones</b>										
<b>APTO CON RESTRICCION</b> (para el puesto en el que trabaja o postula)															
<b>NO APTO</b> (para el puesto en el que trabaja o postula)															
<b>Recomendaciones</b>															
					<b>Nombre:</b>										
<b>Fecha:</b>					<b>Sello y Firma de Médico que CERTIFICA</b>										

**MINISTERIO DE SALUD**  
**Instituto Nacional de Salud**  
**CENSOPAS**

