

Formato de Evaluación Médica y Seguimiento

Laboratorio de adscripción:

Nombre: Edad:

Fecha de adscripción: Fecha de evaluación inicial:

Médico: Cédula DGP:

Flebotomista: Fecha toma suero basal:

Sexo: Masc Fem Fecha de nacimiento:

Antecedentes heredo-familiares

(Solo padres y hermanos, coronariopatías e hipertensión arterial, cáncer, eventos cerebrovasculares, alergias/asma, psiquiátricos, diabetes, etc.)

Antecedentes personales no-patológicos

(Alimentación, higiene, ejercicio, alcoholismo, tabaquismo, fármacos recreativos, automedicación)

Antecedentes gineco-obstétricos

Gesta: Para: Cesar: Abor: Contrac:

Gesta actual: No Si FUM: EG: Seguimiento?: No Si

Antecedentes personales patológicos

		Fecha	Notas
Padecimientos autoinmunes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Enfermedades genéticas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Anemia o leucemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Respiratorias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Urinarios	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Reproductivos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Neurológicos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Musculo-esqueléticos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Endocrinopatías	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Diabetes tipo I o II	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Cáncer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Hepatitis viral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
HIV/SIDA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Otras inmunodeficiencias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Alergias alimentarias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Alergias a medicamentos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Alergias respiratorias/asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Alergias cutáneas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Traumatismo ortopédico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Trauma craneoencefálico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Cirugía menor	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Cirugía mayor	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Transfusiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa	
Otros:			

Inmunizaciones

	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
BCG	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
Hepatitis A	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
Hepatitis B	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
TD	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
DPT	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
Triple acelular (dTap)	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
Cuádruple (DPT + HiB)	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
Pentavalente (Cuad + IPV)	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
Rotavirus	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
Neumocócica conjugada	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
Influenza	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
SRP o MMR	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
Polio Sabin (OPV)	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
Polio inactivada (IPV)	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
Sarampión y Rubeola	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
Meningococo	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
Fiebre amarilla	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
Rabia	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
Tifoidea	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
Varicela Zoster	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
Viruela	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa

Antecedentes de relevancia ocupacional

El individuo ha presentado a lo largo de su vida...	Hemoptisis o esputo sanguinolento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa
	Infecciones recurrentes o de repetición	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa
	Ictericia, acolia o coluria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa
	Síndrome febril > semana de evolución	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa
	Eventos hemorrágicos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa
	Enfermedad exantemática febril	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dd/mm/aaaa

Exposición ocupacional prevista

Química Biológica Radiológica Criogénica Carcinógenos/mutágenos Otros

Indique riesgos tóxicos o químicos patentes o potenciales a los que se expondrá durante su adscripción al laboratorio, indique órgano blanco de la toxicidad y resumen de riesgo.

Indique riesgos biológico-infecciosos patentes o potenciales a los que se expondrá durante su adscripción al laboratorio, anexe resumen de riesgos de acuerdo a *Section VIII, Agent Summary Statements pp123, Biosafety in Microbiological and Biomedical Laboratories 5th* (<https://www.cdc.gov/biosafety/publications/bmb15/BMBL.pdf>).

Indique riesgos nucleares/radiológicos con los que ha trabajado durante adscripción al LGVH, anexe notas especiales.

Seguimiento Médico

Médico: Fecha: Visita #:

¿Ha presentado alguna enfermedad infecto-contagiosa desde última evaluación? Si No

Indique:

Desde su última evaluación médica....

- ¿Ha presentado cuadro febril? Si No
- ¿Ha presentado hemoptisis, esputo sanguinolento, gingivorragias, hematomas o equimosis? Si No
- ¿Ha presentado hematuria, melena o epistaxis? Si No
- ¿Ha presentado infecciones respiratorias de duración superior a 1 semana o de repetición? Si No
- ¿Ha presentado ictericia, coluria o acolia? Si No
- ¿Ha presentado erupciones cutáneas, exantemas o rash cutáneo? Si No
- ¿El sujeto se ha expuesto a derrames de material biológico, radiológico o tóxico? Si No
- ¿El sujeto ha tenido accidentes punzocortantes dentro del laboratorio? Si No
- ¿El sujeto se apega a los lineamientos de bioseguridad? Si No
- ¿El sujeto se apega al uso apropiado y adecuado del equipo de protección personal (EPP)? Si No
- ¿El sujeto ha seguido recomendaciones médicas de evaluaciones anteriores? Si No
- ¿El sujeto se ha actualizado su esquema anual de inmunizaciones? Si No
- ¿El sujeto ha participado en actividades de capacitación o certificaciones programadas? Si No

NOTA: Utilice cuantas hojas adicionales considere necesarias para mayor detalle.