



## Formato de Evaluación Médica y Seguimiento

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 5<sup>th</sup>* (<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.

