



## Formato de Evaluación Médica y Seguimiento

Nombre:  Edad:

Fecha de nacimiento:  Fecha de adscripción:  Fecha de evaluación inicial:

Médico:  Cédula DGP:

Flebotomista:  Fecha toma suero basal:

Sexo:  Naturaleza de adscripción:

### 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:  Contracep:

Gesta actual:  FUM:  Edad gestacional:  Seguimiento?:

### Antecedentes personales patológicos

	Si / No	Fecha	Notas
Padecimientos autoinmunes	<input type="text" value="Si/No"/>	<input type="text" value="dd/mmm/aaaa"/>	<input type="text" value="Texto aquí"/>
Enfermedades genéticas	<input type="text" value="Si/No"/>	<input type="text" value="dd/mmm/aaaa"/>	<input type="text" value="Texto aquí"/>
Anemia o leucemia	<input type="text" value="Si/No"/>	<input type="text" value="dd/mmm/aaaa"/>	<input type="text" value="Texto aquí"/>
Cardiovasculares	<input type="text" value="Si/No"/>	<input type="text" value="dd/mmm/aaaa"/>	<input type="text" value="Texto aquí"/>
Respiratorias	<input type="text" value="Si/No"/>	<input type="text" value="dd/mmm/aaaa"/>	<input type="text" value="Texto aquí"/>
Gastrointestinales	<input type="text" value="Si/No"/>	<input type="text" value="dd/mmm/aaaa"/>	<input type="text" value="Texto aquí"/>
Urinarios	<input type="text" value="Si/No"/>	<input type="text" value="dd/mmm/aaaa"/>	<input type="text" value="Texto aquí"/>
Reproductivos	<input type="text" value="Si/No"/>	<input type="text" value="dd/mmm/aaaa"/>	<input type="text" value="Texto aquí"/>
Neurológicos	<input type="text" value="Si/No"/>	<input type="text" value="dd/mmm/aaaa"/>	<input type="text" value="Texto aquí"/>
Psiquiátricos	<input type="text" value="Si/No"/>	<input type="text" value="dd/mmm/aaaa"/>	<input type="text" value="Texto aquí"/>
Musculo-esqueléticos	<input type="text" value="Si/No"/>	<input type="text" value="dd/mmm/aaaa"/>	<input type="text" value="Texto aquí"/>
Endocrinopatías	<input type="text" value="Si/No"/>	<input type="text" value="dd/mmm/aaaa"/>	<input type="text" value="Texto aquí"/>
Diabetes tipo I o II	<input type="text" value="Si/No"/>	<input type="text" value="dd/mmm/aaaa"/>	<input type="text" value="Texto aquí"/>



Insuficiencia renal	Si/No	dd/mmm/aaaa	Texto aquí
Cáncer	Si/No	dd/mmm/aaaa	Texto aquí
Tuberculosis	Si/No	dd/mmm/aaaa	Texto aquí
Hepatitis viral	Si/No	dd/mmm/aaaa	Texto aquí
HIV/SIDA	Si/No	dd/mmm/aaaa	Texto aquí
Otras inmunodeficiencias	Si/No	dd/mmm/aaaa	Texto aquí
Alergias alimentarias	Si/No	dd/mmm/aaaa	Texto aquí
Alergias a medicamentos	Si/No	dd/mmm/aaaa	Texto aquí
Alergias respiratorias/asma	Si/No	dd/mmm/aaaa	Texto aquí
Alergias cutáneas	Si/No	dd/mmm/aaaa	Texto aquí
Traumatismo ortopédico	Si/No	dd/mmm/aaaa	Texto aquí
Trauma craneoencefálico	Si/No	dd/mmm/aaaa	Texto aquí
Cirugía menor	Si/No	dd/mmm/aaaa	Texto aquí
Cirugía mayor	Si/No	dd/mmm/aaaa	Texto aquí
Transfusiones	Si/No	dd/mmm/aaaa	Texto aquí
Hospitalizaciones	Si/No	dd/mmm/aaaa	Texto aquí
Otros: Texto aquí.			



## Inmunizaciones

	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
BCG	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
Hepatitis A	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
Hepatitis B	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
TD	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
DPT	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
Triple acelular (dTAp)	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
Cuádruple (DPT + HiB)	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
Pentavalente (Cuad + IPV)	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
Rotavirus	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
Neumocócica conjugada	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
Influenza	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
SRP o MMR	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
Polio Sabin (OPV)	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
Polio inactivada (IPV)	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
Sarampión y Rubéola	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
Meningococo	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
Fiebre amarilla	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
Rabia	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
Tifoidea	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
Varicela Zoster	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
Viruela	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
SARS-CoV-2	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa
	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa	dd/mmm/aaaa



## Antecedentes de relevancia ocupacional

Ha presentado a lo largo de su vida?	Si/No	dd/mm/aaaa	Comentarios
Hemoptisis o esputo sanguinolento	Si/No	dd/mmm/aaaa	Texto aquí
Infecciones recurrentes o de repetición	Si/No	dd/mmm/aaaa	Texto aquí
Ictericia, acolia o coluria	Si/No	dd/mmm/aaaa	Texto aquí
Síndrome febril > semana de evolución	Si/No	dd/mmm/aaaa	Texto aquí
Eventos hemorrágicos	Si/No	dd/mmm/aaaa	Texto aquí
Enfermedad exantemática febril	Si/No	dd/mmm/aaaa	Texto aquí

## Exposición ocupacional prevista

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.

Texto aquí.

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 6<sup>th</sup>* ([https://www.cdc.gov/labs/pdf/SF\\_19\\_308133-A\\_BMBL6\\_00-BOOK-WEB-final-3.pdf](https://www.cdc.gov/labs/pdf/SF_19_308133-A_BMBL6_00-BOOK-WEB-final-3.pdf)).

Texto aquí.



## Seguimiento Médico

Médico:

Fecha:

Visita #:

¿Ha presentado alguna enfermedad infecto-contagiosa desde última evaluación?

### Desde su última evaluación médica....

¿Ha presentado cuadro febril?

¿Ha presentado hemoptisis, esputo sanguinolento, gingivorragias, hematomas o equimosis?

¿Ha presentado hematuria, melena o epistaxis?

¿Ha presentado infecciones respiratorias de duración superior a 1 semana o de repetición?

¿Ha presentado ictericia, coluria o acolia?

¿Ha presentado erupciones cutáneas, exantemas o rash cutáneo?

¿El sujeto se ha expuesto a derrames de material biológico, radiológico o tóxico?

¿El sujeto ha tenido accidentes punzocortantes dentro del laboratorio?

¿El sujeto se apega a los lineamientos de bioseguridad?

¿El sujeto se apega al uso apropiado y adecuado del equipo de protección personal (EPP)?

¿El sujeto ha seguido recomendaciones médicas de evaluaciones anteriores?

¿El sujeto se ha actualizado su esquema anual de inmunizaciones?

¿El sujeto ha participado en actividades de capacitación o certificaciones programadas?

Comentarios adicionales