**Formato de Evaluación Médica previa a actividades en**

**BSL-3 (área de contención biológica)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: | Nombre del sujero por evaluar | Fecha: | dd/mmm/aaaa | Visita #: | #1 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Médico: | Dr. Christian Alberto García Sepúlveda | Cédula DGP: | 4716443 |

|  |  |
| --- | --- |
| Actividad por realizar en BSL-3: | Necropsias de 10 murciélagos frugívoros silvestres |

Conoce los protocolos establecidos para el trabajo en BSL-3? Si

¿Esta actualizado su esquema de vacunación contra la influenza? Si

¿Esta actualizado su esquema de vacunación contra la rabia? Si

¿Esta actualizado su esquema de vacunación contra SARS-CoV-2? Si

¿Ha presentado alguna enfermedad infecto-contagiosa en la última semana? No

¿ Ha presentado cuadro febril? No

¿En la última semana ha presentado hemoptisis No , esputo sanguinolento No , gingivorragias No , hematomas No , equimosis? No , hematuria No , melena No , o epistaxis No ?

¿ En la última semana ha presentado infecciones respiratorias? No

¿Ha presentado ictericia No , coluria No o acolia No ?

¿Ha presentado erupciones cutáneas No , exantemas No o rash cutáneo No ?

¿Se ha expuesto a derrames de material biológico o tóxico en la última semana? No

¿El sujeto ha tenido accidentes punzocortantes dentro del laboratorio? No

¿El sujeto se apega a los lineamientos de bioseguridad? Si

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

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

A la exploración física el sujeto presenta uñas recortadas Si , piel de manos y cara íntegra Si ?

Indique medicamentos que haya tomado durante última semana: Ninguno por referir .

En el caso de sujetos femeninos: FUM: dd/mmm/aaaa.

**Comentarios adicionales**

Sujeto en buen estado general y sin contraindicaciones para el trabajo en BSL-3.