**Formato de Evaluación Médica y Seguimiento**

| Nombre: |  |  | Edad: |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de nacimiento: | 09/sep/1997 | Fecha de adscripción: | 21/sep/2020 | Fecha de evaluación inicial: | 07/oct/2020 |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Flebotomista: | Dr. Christian Alberto García Sepúlveda | Fecha toma suero basal: |  |

| Sexo: | Fem |  | Naturaleza de adscripción: | Estancia corta seguida de maestría actualmente |
| --- | --- | --- | --- | --- |

**Antecedentes heredo-familiares**

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

Texto aqui

**Antecedentes personales no-patológicos**

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

Texto aquí

**Antecedentes gineco-obstétricos**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gesta: | 0 | Para: | 0 | Cesar: | 0 | Abor: | 0 | Contrac: | Ninguna |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gesta actual: | No | FUM: | 20/feb/2022 | Edad gestacional: | NA | Seguimiento?: | May/2021 |

**Antecedentes personales patológicos**

|  | Si / No | Fecha | Notas |
| --- | --- | --- | --- |
| Padecimientos autoinmunes |  |  |  |
| Enfermedades genéticas |  |  |  |
| Anemia o leucemia |  |  |  |
| Cardiovasculares |  |  |  |
| Respiratorias |  |  |  |
| Gastrointestinales |  |  |  |
| Urinarios |  |  |  |
| Reproductivos |  |  |  |
| Neurológicos |  |  |  |
| Psiquiátricos |  |  |  |
| Musculo-esqueléticos |  |  |  |
| Endocrinopatías |  |  |  |
| Diabetes tipo I o II |  |  |  |
| Insuficiencia renal |  |  |  |
| Cáncer |  |  |  |
| Tuberculosis |  |  |  |
| Hepatitis viral |  |  |  |
| HIV/SIDA |  |  |  |
| Otras inmunodeficiencias |  |  |  |

| Alergias alimentarias |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Alergias a medicamentos |  |  |  |
| Alergias respiratorias/asma |  |  |  |
| Alergias cutáneas |  |  |  |

| Traumatismo ortopédico |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Trauma craneoencefálico |  |  |  |
| Cirugía menor |  |  |  |
| Cirugía mayor |  |  |  |
| Transfusiones |  |  |  |
| Hospitalizaciones |  |  |  |
| Otros:  Ninguno por referir. | | | |

**Inmunizaciones**

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

**Antecedentes de relevancia ocupacional**

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

**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.

Exposición a solventes orgánicos, agentes intercalantes del DNA implícitos en técnicas de biología molecular así como de sustancias carcinógenas/mutágenas como fenol, isotiocianato y bromuro de etidio.

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 6th* (<https://www.cdc.gov/labs/pdf/SF__19_308133-A_BMBL6_00-BOOK-WEB-final-3.pdf>).

Exposición a patógenos virales del grupo de riesgo 2 transmitidos por sangre y a agentes emergentes del grupo de riesgo 2 y 3 transmitidos por roedores y murciélagos silvestres, exposición a arbovirus por su participación en captura de mosquitos. La investigadora participará en actividades dentro de BSL3 para lo cual recibirá capacitación correspondiente.

**Seguimiento Médico**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Médico: | Dr. Christian Alberto García Sepúlveda | Fecha: |  | Visita #: |  |

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

**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

Comentarios adicionales

Texto aqui