

**NORMA
VENEZOLANA**

**COVENIN
2274:1997**

**SERVICIOS DE SALUD
OCUPACIONAL EN
CENTROS DE TRABAJO.
REQUISITOS**

(1^{era} Revisión)



PROLOGO

La Comisión Venezolana de Normas Industriales (**COVENIN**), creada en 1958, es el organismo encargado de programar y coordinar las actividades de Normalización y Calidad en el país. Para llevar a cabo el trabajo de elaboración de normas, la COVENIN constituye Comités y Comisiones Técnicas de Normalización, donde participan organizaciones gubernamentales y no gubernamentales relacionadas con un área específica.

La presente norma sustituye totalmente a la Norma Venezolana COVENIN 2274-85 fue elaborada bajo los lineamientos del Comité Técnico de Normalización **CT6 "Higiene, Seguridad y Protección"** por el Subcomité Técnico **SC3 "Higiene Industrial"**, y aprobada por la COVENIN en su reunión No. 147 de fecha **09/07/97**.

En la elaboración de esta Norma participaron las siguientes entidades:

CORPORACION VENEZOLANA DE GUAYANA (C.V.G),
MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL, ASOCIACIÓN
VENEZOLANA DE PRODUCTORES DE CEMENTO, C.A.
ELECTRICIDAD DE CARACAS, COMERCIALIZADORA 3M DE
VENEZUELA, PETRÓLEOS DE VENEZUELA, S.A.

**NORMA VENEZOLANA
SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL
EN CENTROS DE TRABAJO. REQUISITOS.**

**COVENIN
2274:1997
(1^{era} Revisión)**

1 OBJETO

1.1 Esta Norma Venezolana establece los requisitos para la conformación y funcionamiento de los Servicios de Salud Ocupacional en Centros de Trabajo.

1.2 Esta Norma Venezolana se aplica a cualquier explotación, centro de trabajo, o faena de cualquier naturaleza o importancia, donde se desempeñen trabajadores, sea cual fuere su número, con las excepciones que establezca la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo y la Ley Orgánica del Trabajo.

2 REFERENCIAS NORMATIVAS

Las siguientes normas contienen disposiciones que al ser citadas en este texto, constituyen requisitos de esta Norma Venezolana. Las ediciones indicadas estaban en vigencia en el momento de esta publicación. Como toda norma está sujeta a revisión, aquellos que realicen acuerdos en base a ellas, deben utilizar las ediciones más recientes de las normas citadas seguidamente:

COVENIN 474:1989 *Registro, clasificación y estadística de lesiones de trabajo.*

COVENIN 2253:1997 *Concentraciones ambientales permisibles de sustancias químicas en lugares de trabajo e índices biológicos de exposición.*

COVENIN 2260:1988 *Programa de higiene y seguridad industrial. Aspectos generales.*

COVENIN 2270:1995 *Comités de Higiene y Seguridad. Integración y funcionamiento.*

3 DEFINICIONES

Para los propósitos de esta Norma Venezolana se aplican las siguientes definiciones:

3.1 equipo de salud ocupacional: Es el grupo de trabajo integrado por los especialistas en las diferentes disciplinas, que se desempeñan en el área de la Salud Ocupacional. Los miembros de este equipo (higienista ocupacional, médico ocupacional, especialista de seguridad industrial, psicólogo, enfermero, trabajador social, ergónomo, etc.), funcionan trabajando en grupo o individualmente e integran el trabajo de modo que éste refleje la totalidad del objeto en estudio.

3.2 evaluación de salud ocupacional: Se refiere a la evaluación de las esferas biológica, psicológica, social y ambiental del trabajador a objeto de obtener una vigilancia de la aptitud integral para el trabajo.

3.3 salud del trabajador: Estado de bienestar biológico, psicológico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. En su preservación intervienen las áreas de higiene y medicina ocupacional.

3.4 servicio de salud ocupacional agrupado: Se entiende como Servicio de Salud Ocupacional Agrupado, una modalidad de organización y prestación de servicios común entre empresas con nóminas inferiores a 100 trabajadores.

3.5 servicios de salud ocupacional en centros de trabajo: Conjunto de dependencias, áreas o departamentos, integrados por los profesionales de las distintas disciplinas que conforman la salud ocupacional, los cuales tienen como objetivo: promover y mantener el mayor grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones; prevenir todo daño que pueda ser causado a la salud, por las condiciones de trabajo; protegerlos en sus ocupaciones de los riesgos resultantes de agentes nocivos; colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes y capacidades.

3.7 riesgo ocupacional: Es la probabilidad que la exposición a un agente físico, químico, biológico, psicosocial o ergonómico, cause un daño a la salud o integridad del trabajador expuesto.

4 REQUISITOS

4.1 Organización

Los servicios de salud ocupacional en centros de trabajo deben disponer de una estructura organizacional debidamente dotada de recursos tanto humanos como materiales, para cumplir sus funciones, ajustadas al marco legal tanto nacional como internacional. En relación a la organización se deben contemplar los siguientes elementos:

- Elementos estructurales
- Elementos funcionales

4.1.1 Elementos estructurales - Recurso Humano

a) Los servicios de salud en centros de trabajo deben ser multidisciplinarios, y su composición y número de personas debe estar determinado en función de la índole de las tareas que deban ejecutarse, considerando lo siguiente:

- Higienista ocupacional
- Médico ocupacional
- Especialista en seguridad industrial.

b) Los profesionales designados deben ser Especialistas en alguna de las siguientes áreas: higiene ocupacional, seguridad industrial, medicina ocupacional o del trabajo; dictado por universidades reconocidas en esa materia.

c) También pueden ser contratados aquellos especialistas, con experiencia comprobada y verificable en el área específica no menor de cinco años, en un departamento de salud ocupacional público o privado reconocido.

4.1.2 Elementos funcionales

4.1.2.1 Las funciones de los servicios de salud ocupacional en centros de trabajo, deben estar orientadas a la promoción, prevención y mantenimiento de la salud del trabajador; ellas son:

- a) Identificar y evaluar los factores de riesgo del trabajo y proponer las alternativas de control.
- b) Vigilar los factores y las condiciones del ambiente de trabajo que puedan afectar a la salud de los trabajadores, incluidas las instalaciones sanitarias, comedores y alojamientos, cuando estas sean proporcionadas por el empleador.
- c) Asesorar sobre la planificación y la organización del trabajo, incluido el diseño de los puestos de trabajo, sobre la selección y mantenimiento de la maquinaria y de los equipos, y sobre las sustancias o materiales utilizados en el mismo.
- d) Participar en el desarrollo de programas para el mejoramiento de las prácticas de trabajo, así como de las pruebas y evaluación de nuevos equipos, en relación con la protección de la salud.
- e) Asesorar en materia de higiene, medicina, seguridad y ergonomía, así como en lo relacionado con los equipos de protección individual y colectiva.
- f) Fomentar la adaptación del trabajo a los trabajadores.

g) Dar asistencia en pro de la adopción de medidas de rehabilitación profesional.

h) Colaborar en la difusión de información, en la formación y educación en materia de salud ocupacional, seguridad y ergonomía.

i) Organizar lo relacionado con los primeros auxilios y la atención de urgencia.

j) Participar en el análisis de los accidentes del trabajo y enfermedades ocupacionales.

4.1.2.2 Las funciones del personal que labora en los servicios de salud ocupacional en centros de trabajo, entre otras, deben ser las señalados en el Anexo A.

4.2 Documentación y registro

Los servicios de salud ocupacional en centros de trabajo debe permanente y sistemáticamente documentar y registrar lo concerniente a regulaciones, evaluaciones clínicas y ambientales.

Así mismo deben mantener información actualizada sobre los factores de riesgo potenciales o en el ambiente que puedan afectar la salud del trabajador, debiéndose señalar: órgano blanco, efectos, indicador, controles establecidos, agente, periodicidad de evaluación, medida de control (Véase anexo B)

4.2.1 Historia bio-psico-social laboral

Con la finalidad de conocer el perfil de salud del trabajador, el especialista debe realizar los exámenes integrales de salud, tipo ingreso, periódicos y egreso. A tal fin se debe preparar una historia bio-psico-social laboral cuyos datos son recopilados obligatoriamente en una ficha común para todos los servicios creados (Véase anexo C)

Estas fichas deben conservarse por todo el tiempo que el trabajador mantenga una relación de trabajo con la empresa y por un período no menor de cinco años a partir del cese de su contrato de trabajo.

En aquellas empresas donde existe exposición a radiaciones, asbesto, cromo, sílice, polímeros y monómeros, policloruro de vinilo, cromatos, mercurio, níquel y otros compuestos sobre los cuales existan evidencias de que pueden causar daño a la salud al transcurrir un tiempo de 10 o más años, la historia antes mencionada debe conservarse por un tiempo no menor de 20 años, una vez terminada la relación de trabajo.

4.3 Información y control de gestión

Los servicios de salud ocupacional en centros de trabajo deben recolectar sistemáticamente información sobre:

- Evaluaciones de clima organizacional
- Evaluaciones de puesto de trabajo
- Evaluaciones ambientales
- Eficiencia y efectividad de los programas.
- Acciones desarrolladas para la protección de la salud del trabajador.
- Exámenes realizados
- Trabajadores examinados
- Informes bio-psico-social
- Morbilidad/Mortalidad general y ocupacional
- Referencias a centros especializados
- Reposos
- Costos por enfermedad ocupacional (reposos/incapacidad)
- Accidentes industriales
- Incapacidades
- Costos por accidentes de trabajo

4.4 Relaciones

Los servicios de salud ocupacional en centros de trabajo están obligados a suministrar información cuando sea requerida por los órganos controladores del Estado, cada uno dentro de su área de competencia.

BIBLIOGRAFÍA

Convenio 161 de la OIT, 1985.

Recomendación 171 de la OIT, 1985.

Enciclopedia Seguridad y Salud en el Trabajo. 1989. España. 3ª Edición

Enfermedades Ocupacionales. Guía para su diagnóstico. OPS. 1989

Ejercicio de la Medicina del Trabajo. OIT.

Participaron en la elaboración de la primera publicación de esta norma: Frank Rassensperger, Carlos Ríos Bueno y Amílcar Torrealba.

Participaron en esta revisión: Isolina Barrera, Luis D. González Leandro, Ramón Lago, Daney Orta, César Romero Martínez, Roberto A. Rosario, María Gisela Sanoja y Nancy Villegas Oropeza.

**ANEXO A
(Normativo)**

FUNCIONES DEL EQUIPO DE SALUD OCUPACIONAL

A.1 HIGIENISTA OCUPACIONAL

A.1.1 Dirigir el Programa de Higiene Ocupacional

A.1.2 Identificar, analizar y evaluar información de los factores de riesgo ocupacionales asociados con las condiciones y ambiente de trabajo (procesos, máquinas, materiales, puesto de trabajo, jornadas de trabajo, perfiles profesiográficos, etc) y establecer los mecanismos de control necesarios a fin de minimizar la ocurrencia de enfermedades ocupacionales y accidentes de trabajo.

A.1.3 Participar en el diseño y desarrollo de los programas de educación en salud ocupacional conjuntamente con el resto del equipo.

A.1.4 Coordinar el seguimiento de las recomendaciones de salud emitidas a los trabajadores.

A.1.5 Analizar puestos de trabajo con la finalidad de adaptarlos al trabajador y minimizar los riesgos de enfermedades ocupacionales y accidentes de trabajo

A.1.6 Mantener información actualizada sobre las características de los puestos de trabajo.

A.1.7 Realizar o asesorar trabajos de investigación.

A.2 MÉDICO OCUPACIONAL O DEL TRABAJO

A.2.1 Realizar exámenes médicos integrales en salud de pre-empleo, periódicos de transferencia, reintegro y egreso de trabajadores.

A.2.2 Participar en el diseño y desarrollo de los programas de educación en salud ocupacional conjuntamente con el resto del equipo.

A.2.3 Auditar el cumplimiento de recomendaciones médicas emitidas.

A.2.4 Realizar informes técnicos sobre perfil de salud y morbilidad ocupacional.

A.2.5 Aplicar tratamiento médico para restaurar la salud del trabajador afectado por enfermedad ocupacional o accidente de trabajo.

A.2.6 Realizar o asesorar trabajos de investigación.

A.2.7 Evaluar y determinar necesidades del tratamiento especializado e indicar la referencia a la especialidad requerida.

A.2.8 Elaborar informes sobre el proceso salud ocupacional - enfermedad de los trabajadores (cambios, tendencias, perfiles de salud).

A.2.9 Elaborar informes estadísticos sobre la data generada en actividades preventivas-curativas en salud ocupacional.

A.3 ENFERMERO (A)

A.3.1 Realizar bajo la supervisión del médico ocupacional exámenes de audiometría, espirometría, electrocardiografía, evaluación visual.

A.3.2 Aplicar técnicas básicas de enfermería a fin de apoyar la gestión médica.

A.3.3 Asistir a los médicos en las consultas especializadas.

A.3.4 Participar en las actividades de educación para la salud.

A.3.5 Participar en el desarrollo de los programas de educación para la salud.

A.3.6 Realizar consultas de despistajes de problemas médicos ocupacionales a fin de orientar su referencia.

A.3.7 Participar con el equipo de salud en los trabajos de investigación.

A.3.8 Asistir al médico de emergencia.

A.3.9 Llevar el control de asistencia a consultas preventivas.

A.4 PSICÓLOGO

A.4.1 Diseñar y ejecutar programas preventivos de salud ocupacional dirigidos al hombre en el ambiente de trabajo, y su condición psico-social, en conjunto con el equipo de salud.

A.4.2 Identificar y documentar los efectos en la salud de los riesgos psicosociales laborales (evaluación psicológica de ingreso, periódica y de egreso)

A.4.3 Identificar y documentar preventivamente signos de desajustes situacionales o conductas inadecuadas en los trabajos que puedan incrementar la probabilidad de ocurrencia de accidentes por actos inseguros o error humano.

A.4.4 Elaborar la metodología para la identificación y evaluación de los riesgos psico-sociales presentes en el ambiente de trabajo.

A.5 TRABAJADOR SOCIAL

A.5.1 Diseñar y ejecutar programas de salud ocupacional dirigidos al hombre en el ambiente de trabajo y su condición social en conjunto con el equipo de salud.

A.5.2 Coordinar y realizar las actividades necesarias a fin de lograr la atención del IVSS a los trabajadores de la empresa.

A.5.3 Coordinar y realizar las actividades de:

- Control de citas
- Visitas familiares a los trabajadores

- Adiestramiento de los trabajadores

- Auditar el programa de rehabilitación de los trabajadores.

A.6 ESPECIALISTA EN SEGURIDAD INDUSTRIAL

A.6.1 Diseñar y ejecutar programas de seguridad industrial que permitan identificar, evaluar y controlar factores de riesgos de accidentes para hombre en el ambiente de trabajo en conjunto con el equipo de salud.

A.6.2 Mantener los registros actualizados de los indicadores de prevención (índice de frecuencia neta y bruta, índice de severidad).

A.6.3 Evaluar la metodología para la investigación de accidentes industriales.

A.6.4 Elaborar la metodología para la evaluación y recomendación de los equipos de protección personal individual y colectiva.

A.6.5 Elaborar la metodología para mantener la permisología de trabajos seguros.

ANEXO B
(Informativo)

MODELO DE REGISTRO DE LOS FACTORES DE RIESGO

AGENTE	ÓRGANO BLANCO	EFFECTOS	INDICADOR	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	MEDIDA DE CONTROL

ANEXO C
(Informativo)

HISTORIA OCUPACIONAL

FECHA: ___/___/___

NOMBRE: _____ CÉDULA: _____
 LUGAR DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ C.C. _____ SEXO: M F
 ESTADO CIVIL: C S V O TIEMPO EN LA EMPRESA: _____ TIEMPO EN EL CARGO: _____
 TIEMPO EN LA EMPRESA: _____ TIEMPO EN EL CARGO: _____

I - ANTECEDENTES OCUPACIONALES

ANTES DE INGRESAR EN LA EMPRESA TRABAJÓ Ud. EN INDUSTRIAS	R	TIEMPO		FECHA DE NACIMIENTO:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
		Años	Meses		
PULVERINAS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MINAS DE CARBÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
OTRO TIPO DE MINAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
FUNDICIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
CERÁMICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MOLINOS DE CAÑA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
CANTERAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
OTRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HA TRABAJADO Ud. EN AREAS DONDE EXISTE:					
RUIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
VIBRACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
CALOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HUMOS DE SOLDADURA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HUMOS DE COMBUSTION DE GASOLINA, DIESEL, PROPANO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HA TRABAJADO Ud. CON:					
Plomo (Pb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mercurio (Hg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Estano (Sn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cromo (Cr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Magnesio (Mg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ESPECIFICAR:

∞ II - RIESGOS A LOS QUE ESTÁ EXPUESTO

- Iluminación
- Ruido
- Temperaturas extremas
- Vibraciones
- Contaminantes biológicos
- Condiciones ergonómicas
- Trabajos en altura

OTROS CONTAMINANTES QUÍMICOS

- Hg
- Pb
- Cr
- Sn
- Zn
- Mg
- Mn
- As
- Ni
- Mo
- Ti
- W
- P
- Cu
- Co
- Ni
- Nb
- Zr
- POLVOS**
- Silice

- Hierro
- Carbón
- Asbesto
- Otros

GASES TÓXICOS

- Co
- SO₂
- H₂S
- Cl₂
- NO₂
- Otros

RADIACIONES IONIZANTES

- Rx
- α
- β
- γ

RADIACIONES NO IONIZANTES

- Ultravioleta
- Infrarrojo
- Microondas
- Láser
- Otros

SOLVENTES INDUSTRIALES

- Benceno
- Kerosen
- Gasolina
- Tricloroetileno
- Tetracloruro de carbono
- Alcoholes

- Otros

III - ACCIDENTES

- Ha tenido Ud. accidentes graves o lesiones durante el trabajo en el último año, por ejemplo, conmoción cerebral, heridas profundas que requirieran sutura, lesiones en la columna, partículas en los ojos, dedos triturados, etc.
- Ha tenido Ud. accidentes leves en el trabajo. Por ejemplo: torceduras, machucones, heridas pequeñas, etc.

IV - ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

- Tensión arterial alta
- Toma Ud. antihipertensivos
- Insuficiencia coronaria
- Fiebre reumática
- Mal de chagas
- Neumonía
- Enfisema
- Bronquitis crónica
- Neumoconiosis
- Asma bronquial
- Tuberculosis
- Pleuresía
- Cáncer
- Alergia
- Otitis
- Eruptivas de la infancia
- Difteria
- Tosferina
- Parotiditis
- Úlcera péptica
- Trastornos biliares
- Enfermedades hepáticas

- Infección urinaria
- Glomerulonefritis
- Otras nefropatías
- Diabetes
- Trastornos tiroideos
- Anemia
- Enfermedades hematológicas
- Artritis
- ACVA
- Enfermedades mentales
- Epilepsia
- Sífilis
- Hemorragia
- Fracturas
- OTROS: _____

V - ANTECEDENTES FAMILIARES

- Algún familiar cercano (padres, hijos, hermanos) ha padecido de estas enfermedades

- H.T.A.
- Enfermedades del corazón
- Enfermedades cerebro vasculares
- Diabetes
- Enfermedades mentales
- Cáncer
- Nefropatías
- Cirrosis hepática
- Tuberculosis
- Asma bronquial
- Enfermedades alérgicas

VI - EXAMEN FUNCIONAL

HÁBITOS

Sección "A"

- Toma Ud. alcohol?
- Diariamente
- Semanalmente
- Ocasionalmente

Sección "B"

Ha fumado Ud.?

En caso negativo pasar a la sección "C"

- Años fumando

- Menos de 5 años
- De 5 a 10
- Más de 10

- Qué fuma usualmente?

- Cigarrillos
- Cigarrillos + pipa o tabaco
- Pipa o tabaco

- Fuma cigarrillo, cuántos al día?

- Menos de 10
- De 10 a 20
- Más de 20

- Cuánto hace que dejó de fumar?

- Menos de 1 año
- De 1 a 5 años
- Más de 5 años

Sección "C"

Duermo Ud. bien?

Sección "D"

- Con qué frecuencia tiene Ud. relaciones sexuales?

- Días
- Considera Ud. que su deseo sexual es:
 - Normal
 - Disminuido
 - Aumentado

ESFERA PSICO-SOCIAL

- Sufre Ud. a menudo de cansancio o agotamiento
- Usualmente se siente Ud. agotado o cansado al levantarse en la mañana
- Cambia de estado de ánimo con facilidad
- Se altera con facilidad
- Se siente triste y llora con facilidad
- A menudo se siente angustiado o ansioso
- Tiene problema para dormir

- Ha perdido o ganado peso considerablemente en los últimos meses
- Ha tenido deseos incontrolables de hacer cosas repetitivamente
- Ha tenido pensamientos repetitivos difíciles de controlar
- Ha oído, oído, sentido o visto cosas raras que otros no perciben
- Se siente satisfecho con su vida
- A menudo piensa en el futuro y le preocupa mucho
- Las cosas malas o buenas que le suceden son debido a que Ud. hace o deja de hacer
- Ha tenido dificultad para acogerse a alguna norma
- Prefiere trabajar solo
- Prefiere disfrutar su tiempo libre con sus amigos
- Practica algún deporte o hobbie con regularidad
- Participa regularmente de alguna actividad en la comunidad
- Le gusta cambiar de trabajo frecuentemente
- Ha cambiado de trabajo más de dos veces
- Tiene muy buena relación con su familia

PIEL

- Es su piel muy sensible o delicada
- Sufre Ud. de comezón o picazón frecuentemente
- Ha sufrido Ud. de piel enrojecida
- Ha sufrido Ud. de espinillas, barros, verrugas o pérdidas parciales del cabello.

- Ha observado manchas en su piel
- En alguna oportunidad se le ha puesto la piel amarilla

VISIÓN

- Ha tenido pérdida de la visión en algún momento durante el último año
- Sufre frecuentemente de parpadeo o de lagrimeo
- Sufre frecuentemente de dolor en los ojos
- Se le enrojecen o inflaman los ojos con frecuencia
- Se le han puesto los ojos amarillos en alguna ocasión
- Usa Ud. lentes

APARATO AUDITIVO

- Le duelen los oídos frecuentemente
- Sufre Ud. de secreción a través de los oídos
- Escucha Ud. bien

10 APARATO DIGESTIVO

- Le duelen las encías frecuentemente
- Sufre Ud. de sangramiento por las encías
- Frecuentemente le duele o le arde la garganta
- Sufre Ud. frecuentemente de dolores abdominales tipo cólico
- Sufre Ud. de diarrea frecuente
- Ha tenido Ud. diarrea con sangre
- Sufre Ud. de constipación

APARATO RESPIRATORIO

Sección "A"

- Tiene Ud. tos

Si la respuesta es negativa, pasar a la Sección "B"

- Se acompaña de moco y flema
- Ha persistido
 - Días Semanas Meses Años

Sección "B"

- Suele expectorar cuando se levanta
- Suele expectorar durante el día o la noche
- Ha tenido en los 3 últimos años, un período de tos y expectoración de 3 semanas o más

Si la respuesta es negativa, pasar a la Sección "C"

- Ha tenido más de un período de este tipo
- Que tipo de expectoración ha observado
 - Mucosa Purulenta Sanguínea

Sección "C"

- Sufre Ud. de ataques de estornudos frecuentes
- Se le tapa la nariz frecuentemente
- Sufre Ud. de secreción acuosa constante por la nariz
- Ha tenido sangramiento por la nariz durante el último año
- Ha tenido ronquera persistente últimamente

Si la respuesta es negativa, pasar a la Sección "D"

- Se le ha agravado recientemente

Sección "D"

Si existe una incapacidad para andar por causa distinta a enfermedad cardiopulmonar, marcar "si", y dejar de responder las 4 siguientes preguntas

- Le falta el aliento cuando corre en terreno llano o sube una cuesta ligera
- Le falta el aliento cuando camina con otras personas de su edad en terreno plano

Si la respuesta es negativa, no responder las 2 siguientes preguntas

- Tiene que detenerse cuando camina a su paso normal en terreno plano

Si la respuesta es negativa, no responder la siguiente pregunta

- Le falta el aliento al lavarse o vestirse

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Sección "A" - Dolor torácico de esfuerzo

- Ha tenido alguna vez dolor o molestias en el pecho
- Ha tenido alguna vez opresión o pesadez en el pecho

Si la respuesta es negativa, pasar a la Sección "C"

- Lo siente cuando sube una cuesta o camina con rapidez
- Lo siente cuando camina a paso ordinario en terreno plano
- Que hace si el dolor o molestia aparece al andar
 - Se detiene Camina más despacio Continúa
 - Se siente aliviado si se detiene.

Si la respuesta es negativa, pasar a la Sección "B"

En cuanto tiempo se alivia

- Menos de 10 minutos
- Más de 10 minutos

Quiere mostrarme donde siente el dolor o molestia

- Región esternal superior media
- Región esternal inferior
- Región anteroizquierda del tórax
- Brazo izquierdo
- Otras regiones

Ha visitado al médico por su dolor o molestia

- En caso afirmativo, que le dijo

Clave III _____

Sección "B" Posible infarto

- Ha tenido alguna vez dolor fuerte en la región anterior del pecho que durara media hora o más

Si la respuesta es negativa, pasar a la Sección "C"

- Visitó al médico por ese dolor
- En caso afirmativo, que le dijo

Sección "C" Claudicación intermitente

- Siente dolor en alguna de las piernas cuando camina

Si la respuesta es negativa, pasar al siguiente título

- Le ha comenzado el dolor alguna vez estando de pie o sentado

Si la respuesta es afirmativa, pasar al siguiente título

- En que parte de las piernas siente el dolor

- En una o ambas pantorillas

- No afecta las pantorillas

- Le aparece el dolor cuando sube una cuesta, una escalera o camina con rapidez

Si la respuesta es negativa, pasar al siguiente título

- Le aparece el dolor cuando camina a paso ordinario en terreno plano

- Le ha aparecido alguna vez el dolor mientras caminaba

Si la respuesta es afirmativa, pasar al siguiente título

Que hace si le aparece el dolor mientras camina

- Se para
- Camina más despacio
- Continúa

Que sucede con el dolor si se para

- Desaparece
- No desaparece

Cuanto tiempo tarda en desaparecer

- 10 minutos o menos
- Más de 10 minutos

COLUMNA VERTEBRAL

- Sufre Ud. de dolores en la espalda que le dificulte realizar su trabajo

NEUROLÓGICO

- Sufre Ud. de dolor de cabeza frecuente
- Sufre Ud. de mareos fuertes frecuentemente
- Tiene Ud. desvanecimientos frecuentemente
- Ha tenido Ud. adormecimientos u hormigueos de sus brazos y piernas
- Sufre Ud. de vértigo de altura
- Ha sufrido de parálisis de cualquier parte de su cuerpo
- Ha perdido Ud. el conocimiento recientemente
- Ha tenido Ud. convulsiones

GINECOLÓGICO

- Padece Ud. de trastornos menstruales
- Padece Ud. abortos frecuentes
- Son sus embarazos normales
- Tiene Ud. flujos vaginales

VII - EXAMEN FÍSICO

Características del pulso

- Regular
- Extrasístoles
- Bigeminado
- Saltón

Arteria radial

- Derecha
 - Normal
 - Débil
 - No palpable
- Izquierda
 - Normal
 - Débil
 - No palpable

Arteria pedía

- Derecha
 - Normal

- Débil
- No palpable
- Izquierda
 - Normal
 - Débil
 - No palpable
- Arteria carotídea**
 - Derecha
 - Normal
 - Débil
 - No palpable
 - Izquierda
 - Normal
 - Débil
 - No palpable
- Cabeza**
 - Cráneo
 - Normal
 - Deformidad
- Ojos**
 - Párpados
 - Normal
 - Inflamados
 - Xantelasmias
 - Queratitis
 - Ptosis
 - Simetría pupilar
 - Opacidad del cristalino
 - Fondo de ojo
 - Normal

- No se pudo observar
- Edema de papila
- Estrechamiento arterial
- Cruces arterio-venenosos
- Hemorragia y/o exudados
- Oídos**
 - Canal auditivo externo
 - Normal
 - Tumorción
 - Inflamación
 - Secreción
 - Obstrucción por cerumen
 - Timpanos
 - Normales
 - Inflamación
 - Perforación
- Fosas nasales**
 - Normales
 - Inflamación
 - Úlcera
- Cuero cabelludo**
 - Normal
 - Patológico
- Conjuntivas**
 - Normal
 - Inflamadas
 - Arco senil
 - Estrabismo
 - Reflejo fotomotor

12

<input type="checkbox"/> Poca	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Tumoraciones
<input type="checkbox"/> Dentadura completa	<input type="checkbox"/> Roncus	<input type="checkbox"/> Lesiones Escrotales
<input type="checkbox"/> Caries dentales	<input type="checkbox"/> Sibilantes	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Mucosas orales	<input type="checkbox"/> Crepitantes	<input type="checkbox"/> Pene
<input type="checkbox"/> Normales	<input type="checkbox"/> Frote pleural	<input type="checkbox"/> Hipospadias
<input type="checkbox"/> Estomatitis	<input type="checkbox"/> RUIDOS CARDÍACOS	<input type="checkbox"/> Úlceras
<input type="checkbox"/> Gingivitis	<input type="checkbox"/> Normales	<input type="checkbox"/> Fimosis
<input type="checkbox"/> Úlcera	<input type="checkbox"/> Disminuído	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Faringe	<input type="checkbox"/> Frote Pericardio	<input type="checkbox"/> GENITALES FEMENINOS
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Soplo Sistólico	<input type="checkbox"/> Externos
<input type="checkbox"/> Congestiva	<input type="checkbox"/> Soplo Diastólico	<input type="checkbox"/> Sin Adenopatías
<input type="checkbox"/> Amígdalas hipertrofiadas	<input type="checkbox"/> ABDÓMEN	<input type="checkbox"/> Cervicales
<input type="checkbox"/> Amígdalas pultáceas	<input type="checkbox"/> Hernias	<input type="checkbox"/> Axilares
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Sin hernias	<input type="checkbox"/> Inguinales
<input type="checkbox"/> Ingurgitación venosa	<input type="checkbox"/> Crural	<input type="checkbox"/> Generalizados
<input type="checkbox"/> Tiroides	<input type="checkbox"/> Inguinal	<input type="checkbox"/> EXTREMIDADES SUPERIORES
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Umbilical	<input type="checkbox"/> Derecha
<input type="checkbox"/> Hipertrofia	<input type="checkbox"/> Epigástrica	<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Nódulo	<input type="checkbox"/> Palpación	<input type="checkbox"/> Eritem
<input type="checkbox"/> Columna Vertebral	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Palidez
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia	<input type="checkbox"/> Cianosis
<input type="checkbox"/> Cifosis	<input type="checkbox"/> Esplenomegalia	<input type="checkbox"/> Izquierda
<input type="checkbox"/> Escoliosis	<input type="checkbox"/> Ascitis	<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Cifoescoliosis	<input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia	<input type="checkbox"/> Eritema
<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Tumoración	<input type="checkbox"/> Palidez
<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Cianosis
<input type="checkbox"/> Taquipnea	<input type="checkbox"/> GENITO URINARIO	<input type="checkbox"/> Estrabismo
<input type="checkbox"/> Murmullo respiratorio	<input type="checkbox"/> Testículos	<input type="checkbox"/> Reflejo fotomotor
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Vainococelos	<input type="checkbox"/> Hipertrofia cornetes
<input type="checkbox"/> Disminuído	<input type="checkbox"/> Criptorquidia	<input type="checkbox"/> Desviación tabique

<input type="checkbox"/> Perforación	<input type="checkbox"/> Disminuido	<input type="checkbox"/> Criptorquidia
Boca	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Tumoraciones
<input type="checkbox"/> Dentadura completa	<input type="checkbox"/> Roncus	<input type="checkbox"/> Lesiones escrotales
<input type="checkbox"/> Caries dentales	<input type="checkbox"/> Sibilantes	<input type="checkbox"/> Otros
Mucosas orales	<input type="checkbox"/> Crepitanes	Pene
<input type="checkbox"/> Normales	<input type="checkbox"/> Frote pleural	<input type="checkbox"/> Hipospadias
<input type="checkbox"/> Estomatitis	Ruidos cardíacos	<input type="checkbox"/> Úlceras
<input type="checkbox"/> Gingivitis	<input type="checkbox"/> Normales	<input type="checkbox"/> Fimosis
<input type="checkbox"/> Úlcera	<input type="checkbox"/> Disminuidos	<input type="checkbox"/> Otros
Faringe	<input type="checkbox"/> Frote pericardio	GENITALES FEMENINOS
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Soplo sistólico	Externos
<input type="checkbox"/> Congestiva	<input type="checkbox"/> Soplo diastólico	<input type="checkbox"/> Malformaciones congénitas
<input type="checkbox"/> Amígdalas hipertrofiadas	ABDOMEN	<input type="checkbox"/> Tumoraciones
<input type="checkbox"/> Amígdalas pultáceas	Hernias	<input type="checkbox"/> Prolapso
Cuello	<input type="checkbox"/> Sin hernias	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Inguirgitación venosa	<input type="checkbox"/> Crural	Adenopatías
Tiroides	<input type="checkbox"/> Inguinal	<input type="checkbox"/> Sin adenopatías
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Umbilical	<input type="checkbox"/> Cervicales
<input type="checkbox"/> Hipertrofia	<input type="checkbox"/> Epigástrica	<input type="checkbox"/> Axilares
<input type="checkbox"/> Nódulo	Palpación	<input type="checkbox"/> Inguinales
Columna vertebral	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Generalizados
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia	EXTREMIDADES SUPERIORES
<input type="checkbox"/> Cifosis	<input type="checkbox"/> Esplenomegalia	Color
<input type="checkbox"/> Escoliosis	<input type="checkbox"/> Ascitis	- Derecha
<input type="checkbox"/> Cifoescoliosis	<input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia	<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Tumoración	<input type="checkbox"/> Eritema
Tórax	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Palidez
<input type="checkbox"/> Taquipnea	GÉNITO URINARIO MASCULINO	<input type="checkbox"/> Cianosis
Murmulo respiratorio	Testículos	- Izquierda
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Varicoceles	<input type="checkbox"/> Normal

- Eritema
- Palidez
- Cianosis

TEMPERATURA

Derecha

- Normal
- Fría
- Caliente

Izquierda

- Normal
- Fría
- Caliente

EDEMAS

- Derecha
- Izquierda

MOVIMIENTOS ARTICULARES

- Derecha

- Dolor
- Inflamación
- Limitación de Movimientos
- Deformidades

- Izquierda

- Dolor
- Inflamación
- Limitación de Movimientos
- Deformidades

EXTREMIDADES INFERIORES

Color

- Derecha

- Normal
- Eritema

- Palidez
- Cianosis
- Izquierda**

Normal

- Eritema
- Palidez
- Cianosis

Temperatura

- Derecha

- Normal
- Fría
- Caliente

- Izquierda

- Normal
- Fría
- Caliente

Edemas

- Derecha
- Izquierda

Várices

- Derecha
- Izquierda

Movimientos articulares

- Derecha

- Dolor
- Inflamación
- Limitación de movimientos
- Deformidades

- Izquierda

- Dolor

- Inflamación
- Limitación de movimientos
- Deformidades

SISTEMA LOCOMOTOR

- Musculatura

- Normal
- Hipotofica
- Hipertorifica

Movilidad

- Normal
- Paresia
- Parálisis

NEUROLÓGICO

Sensibilidad

- Normal
- Hiperestesi
- Hipoestesia
- Parestesia

Reflejos

- Normal
- Hiperreflexia
- Hiporeflexia
- Arreflexia

PIEL

- Normal
- Dermatitis eczematosa aguda
- Dermatitis eczematosa crónica
- Folliculitis y formas acneiformes
- Alteraciones pigmentarias
- Alteraciones neoplásicas

Otras

Observaciones: _____

EXAMEN MENTAL

Apariencia general, comportamiento y actitud

Apariencia normal

Colaborador

Franco

Hostil

Desconfiado

Nivel de actividad normal

Lento

Agitado

Manerismos

Tics

Observaciones: _____

Afectividad y estado de ánimo

Apropiado

Eufórico

Deprimido

Apreensivo

Ansioso

Pensamiento: Asociaciones, Proceso y Contenido

Tiempo normal

Acelerado

Fuga de ideas

Bloqueado

Circunstancial

Coherente

Irrelevante

Neologismos

Ensalada de palabras

Perseverancia

Escolalia

Condensación

Percepción

Apropriada

Ilusión

Alucinaciones Auditivas

Otras Alucinaciones

Sensorium

Orientado (Tiempo Lugar Persona)

Confusión

Estupor

Inconciencia

Memoria

Normal Reciente

Normal Remota

Observaciones: _____

Juicio

Ajustado

Establece relaciones apropiadamente

Observaciones: _____

F) VISIÓN:

	Lejana		Cercana		Color	Profundidad
	D	I	D	I		
SIN CORREGIR:	N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>					
CORREGIDO:	N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	Foria Vert.	Foria Lat.			
					N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>

COMENTARIOS: _____

G) Rayos X: N P

COMENTARIOS: _____

H) EXÁMENES DE LABORATORIO (HALLAZGOS POSITIVOS)

	N	P	Orina:
Hemoglobina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PH A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Hematocrito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glucosa <input type="checkbox"/>
Glucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proteinuria <input type="checkbox"/>
Urea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuerpo Catónico <input type="checkbox"/>
Albumina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Billirrubina <input type="checkbox"/>
Proteínales Totales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre <input type="checkbox"/>
Colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nitritos <input type="checkbox"/>
Triglicéridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urobilinógeno <input type="checkbox"/>
Billirrubina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OTROS: _____

EXAMEN MENTAL

Apariencia, comportamiento y actitud	Percepción	Juicio
<input type="checkbox"/> Adecuada	<input type="checkbox"/> Apropiado	<input type="checkbox"/> Ajustado
<input type="checkbox"/> Inadecuada	<input type="checkbox"/> Alucinaciones	<input type="checkbox"/> Alterado
Afectividad	Sensorium	
<input type="checkbox"/> Apropiaada	<input type="checkbox"/> Orientado TLP	
<input type="checkbox"/> Deprimido <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Eufórico	<input type="checkbox"/> Alterado	
Pensamiento	Memoria	
<input type="checkbox"/> Apropiaado	Normal <input type="checkbox"/> Reciente <input type="checkbox"/> Remota	
<input type="checkbox"/> Inapropiaado		

OBSERVACIONES: _____

SUMARIO APTO NO APTO APTO COND.

COMENTARIOS: _____

Sin enfermedad ocupacional

Historia dudosa de enfermedad ocupacional

- Probable enfermedad ocupacional debido a exposiciones presentes
- Probable enfermedad ocupacional debido a exposición anterior al trabajo actual
- Probable enfermedad ocupacional debido a exposición ocupacional presente y pasada

COMENTARIOS: _____

FIRMA DEL MÉDICO

FIRMA DEL PSICÓLOGO

COVENIN
2274:1997

CATEGORÍA
D

COMISION VENEZOLANA DE NORMAS INDUSTRIALES
Av. Andrés Bello Edif. Torre Fondo Común Pisos 11 y 12
Telf. 575.41.11 Fax: 574.13.12
CARACAS

publicación de:



ICS: 13.100

RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS
Prohibida la reproducción total o parcial, por cualquier medio.

ISBN: 980-06-1855-4

Descriptores: Servicio médico laboral, medidas de salud ocupacional.