

ANEXOS

A. ANEXO 1. NÓMINA DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ INSTITUCIONAL BIOSEGURIDAD Y DESECHOS DEL CAA

| ÁREA | CARGO | NOMBRE |
|---|--|----------------------------|
| DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA | Director Administrativo | Ing. William Villacís |
| DIRECCIÓN MÉDICA | Director Médico | Dr. Javier Alcocer |
| EMERGENCIAS | Coordinadora de Emergencias | Dra. Ana María Arias |
| QUIRÓFANO | Coordinadora de Quirófano | Dra. Maritza Velasco |
| FISIATRÍA | Coordinadora de Terapia y Rehabilitación | Dra. Sonia Mensías |
| LABORATORIO | Coordinadora de Laboratorio | Lic. Getty Sandoval |
| FARMACIA | Coordinadora de Farmacia | Dra. Martha Moreno |
| IMAGENOLOGÍA | Coordinadora de Imagenología | Dra. Lila Romero |
| CLÍNICA | Coordinador de Clínica | Dr. Diego Benítez |
| ÁREAS QUIRÚRGICAS-CONSULTA EXTERNA | Coordinador de Áreas Quirúrgicas | Dr. Orlando Martínez |
| MEDICINA PREVENTIVA | Coordinadora de Medicina Preventiva | Dra. Eufemia Durán Paredes |
| ODONTOLOGÍA | Coordinador de Odontología | Dr. Freddy Puente |
| ENFERMERÍA | Coordinadora de Visita Domiciliaria | Lic. Silvia Usiña |
| CUIDADO MATERNO E INFANTIL | Coordinadora de Cuidado Materno-Infantil | Dra. Lucía Pico |
| SERVICIOS GENERALES | Coordinador de Servicios Generales | José Almeida |
| COMPRAS PÚBLICAS | Coordinadora de Compras Públicas | Ab. Daniela Cruz |
| FINANCIERA | Coordinación Financiera | Econ. Yngry Delgado |
| ATENCIÓN AL CIUDADANO | Coordinadora de Atención al Ciudadano | Ing. Andrea Borja |
| TALENTO HUMANO | Coordinador de Talento Humano | Ing. Edwin Chamba |
| UNIDAD DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL | Médico Ocupacional | Dra. Sol Basantes |
| | Técnico Ocupacional | Ing. Gabriela Carranco |

B. ANEXO 2. FORMATO ACTA DE REUNION

C. ANEXO 3. FORMULARIO BIOGAVAL MEDIDAS HIGIENICAS (Manual práctico para la evaluación del riesgo biológico en actividades laborales diversas. BIOGAVAL 2015 INVASSAT)

| MEDIDAS HIGIENICAS | SÍ | NO | NO APLICA |
|---|----|----|-----------|
| Dispone de ropa de trabajo | 1 | 0 | |
| Uso de ropa de trabajo | 1 | 0 | |
| Dispone de Epi's | 1 | 0 | |
| Uso de Epi's | 1 | 0 | |
| Se quitan las ropas y Epi's al finalizar el trabajo | 1 | 0 | |
| Se limpian los Epi's | 1 | 0 | |
| Se dispone de lugar para almacenar Epi's | 1 | 0 | |
| Se controla el correcto funcionamiento de Epi's | 1 | 0 | |
| Limpieza de ropa de trabajo por el empresario | 1 | 0 | |
| Se dispone de doble taquilla | 1 | 0 | |
| Se dispone de aseos | 1 | 0 | |
| Se dispone de duchas | 1 | 0 | |
| Se dispone de sistema para lavado de manos | 1 | 0 | |
| Se dispone de sistema para lavado de ojos | 1 | 0 | |
| Se prohíbe comer o beber | 1 | 0 | |
| Se prohíbe fumar | 1 | 0 | |
| Se dispone de tiempo para el aseo antes de abandonar la zona de riesgo dentro de la jornada | 1 | 0 | |
| Suelos y paredes fáciles de limpiar | 1 | 0 | |
| Los suelos y paredes están suficientemente limpios | 1 | 0 | |

| | | | |
|---|---|---|--|
| Hay métodos de limpieza de equipos de trabajo | 1 | 0 | |
| Se aplican procedimientos de desinfección | 1 | 0 | |
| Se aplican procedimientos de desinsectación | 1 | 0 | |
| Se aplican procedimientos de desratización | 1 | 0 | |
| Hay ventilación general con renovación de aire | 1 | 0 | |
| Hay mantenimiento del sistema de ventilación | 1 | 0 | |
| Existe material de primeros auxilios en cantidad suficiente (Anexo VI Real Decreto 486/97) | 1 | 0 | |
| Se dispone de local para atender primeros auxilios | 1 | 0 | |
| Existe señal de peligro biológico | 1 | 0 | |
| Hay procedimientos de trabajo que minimicen o eviten la diseminación aérea de los agentes biológicos en el lugar de trabajo | 1 | 0 | |
| Hay procedimientos de trabajo que minimicen o eviten la diseminación de los agentes biológicos en el lugar de trabajo a través de fomites | 1 | 0 | |
| Hay procedimientos de gestión de residuos | 1 | 0 | |
| Hay procedimientos para el transporte interno de muestras | 1 | 0 | |
| Hay procedimientos para el transporte externo de muestras | 1 | 0 | |
| Hay procedimientos escritos internos para la comunicación de los accidentes donde se puedan liberar agentes biológicos | 1 | 0 | |
| Hay procedimientos escritos internos para la comunicación de los accidentes donde se puedan liberar agentes biológicos | 1 | 0 | |
| Han recibido los trabajadores la formación requerida por el Real Decreto 664/97 | 1 | 0 | |
| Han sido informados los trabajadores sobre los aspectos regulados en el Real Decreto 664/97 | 1 | 0 | |
| Se realiza vigilancia de la salud previa a la exposición de los trabajadores a agentes biológicos | 1 | 0 | |

D. ANEXO 4. PROTOCOLO PERIODICIDAD DE LIMPIEZA

.PROTOCOLO DE PERIODICIDAD DE LIMPIEZA EN AREA DE EMERGENCIA (ALTO RIESGO)

| | LIMPIEZA DIARIA | | | LIMPIEZAS GENERALES | | |
|------------------------------------|-----------------|-------|------------------|---------------------|---------|------------|
| | | | | SEMANAL | MENSUAL | TRIMESTRAL |
| | MAÑANA | TARDE | NOCHE | | | |
| SUPERFICIES | X | X | X Emergencias | X | | |
| PISO | X | X | | X | | |
| PAREDES | * | * | * | X Emergencias | X | |
| CUARTOS DE BAÑO | X*** | X*** | X Emergencias | | X | |
| VENTANAS | | | X Emergencias | X | | |
| PUERTAS ** | X | X | | X | | |
| TECHOS | * | * | * | | | X |
| SALAS | | X | X Emergencias | | X | |
| VESTIDORES | X | X | | | X | |
| HABITACION DE SUCIO | X | X | X Emergencias | | X | |
| ENTRADA | X | X | | | X | |
| BASUREROS | | | | X | | |
| CAMBIO DE FUNDAS DE DESECHOS | X | X | | | | |

E. ANEXO 5. COMUNICACIÓN DE ANOMALIAS DEL SERVICIO DE LIMPIEZA

COMUNICACIÓN DE ANOMALIAS DEL SERVICIO DE LIMPIEZA DEL CAA Servicios Generales

SERVICIO DE _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE REALIZA LA LIMPIEZA:

.....

ANOMALÍA DETECTADA:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fecha y hora de de 20_

SOLUCIÓN DE LA ANOMALIA DETECTADA:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fdo.: Responsable de Servicios
Generales:

F. ANEXO 6. EVALUACION DE CONTROL DE PROTOCOLO DE LIMPIEZA

EVALUACIÓN Y CONTROL DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE LIMPIEZA EN EL AREA DE EMERGENCIA (ALTO RIEGO).

PISO: _____

SERVICIO: _____

| | SI / NO | NO APLICA |
|--|---------|-----------|
| 1. ¿Se realiza el lavado húmedo según se describe en el protocolo? | | |
| 2. ¿Utiliza adecuadamente la técnica de doble balde? | | |
| 3. ¿Diferencia la zona de limpio y la de sucio en el coche de doble balde? | | |
| 4. ¿Utiliza la concentración adecuada de detergente-desinfectante para pisos y superficies? | | |
| 5. ¿Utilizan adecuadamente los mopos: rojo-inodoro; amarillo-sanitarios; azul-mobiliario? | | |
| 6. ¿Lleva un balde rojo y otro azul para limpiar las superficies horizontales? | | |
| 7. ¿Lleva guantes de goma domésticos, con el uso adecuado de los colores? | | |
| 8. ¿Se realiza la limpieza del piso y superficies en cada turno? | | |
| 9. ¿Se realiza la limpieza de los cuartos de aislamiento según el protocolo? | | |
| 10. ¿Se realiza la limpieza terminal en el momento del alta del paciente según el protocolo? | | |
| 11. ¿Se realiza desinfección del material de limpieza al final de cada turno? | | |
| 12. ¿El personal de limpieza utiliza la vestimenta adecuada y barrera de protección de acuerdo con la normativa? | | |
| 13. ¿Se realiza la recolección de desechos de acuerdo a la normativa? | | |
| 14. ¿Mantiene en orden el coche y cuarto de limpieza? | | |

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fecha y hora: de de 20.....

Fdo.: Responsables de:

Unidad de 880

Servicios Generales

G. ANEXO 7. CUADRO DE RECIPIENTES PARA ALMACENAMIENTO INICIAL.

| DESECHO | RECIPIENTE | |
|-------------------------------------|--|--|
| | REUTILIZABLE | DESCARTABLE |
| COMÚN | Basureros plásticos negros de 24 litros de capacidad. | Fundas plásticas negras biodegradables de 60 x 70 cm. y de 35 u. |
| INFECCIOSO | Basureros plásticos rojos de 24 litros de capacidad. | Fundas plásticas rojas biodegradables de 60 x 70 cm. y de 35 u. |
| CORTOPUNZANTE | ----- | Recipientes de plástico grueso y con tapa. |
| FARMACÉUTICO | ----- | Caja de cartón |
| RECICLAJE (Papel y plástico) | Recipientes plásticos de color gris de 24 litros | ----- |
| BIODEGRADABLE | Coche de transporte verde de 132 L. con tapa y ruedas. | Funda plásticas verde biodegradable de 100 x 120 cm. y de 35 u. |

H. ANEXO 8. CUADRO DE RECIPIENTES PARA ALMACENAMIENTO INTERMEDIO

| DESECHO | RECIPIENTE | |
|-------------------|--|--|
| | REUTILIZABLE | DESCARTABLE |
| COMÚN | Coche de transporte negro de 132 L. con tapa y ruedas. | Funda plástica negra biodegradable de 100 x 120 cm. y de 35 u. |
| INFECCIOSO | Coche de transporte rojo de 132 L. con tapa y ruedas. | Funda plástica roja biodegradable de 100 x 120 cm. y de 35 u. |

I. ANEXO 8 HISTORIA CLINICA



FORMULARIO DE HISTORIA OCUPACIONAL

1. DATOS GENERALES

Examen Médico Ocupacional: Ingreso: Fecha: Períódico: Fecha: Reintegro: Fecha: Retiro: Fecha:

2. DATOS DEL TRABAJADOR (IDENTIFICACIÓN)

Nombres y Apellidos: _____ Cédula de identidad: _____
 Lugar de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: F M Edad: _____ años
 Estado civil: S C UL DV V Escolaridad: Básica: _____ Bachillerato: _____ Universidad: _____ Postgrado: _____ Profesión: _____
 Cargo: _____ Fecha de ingreso: _____ Grupo Sanguíneo: _____
 Discapacidad: si no Porcentaje de discapacidad: _____ Tipo de discapacidad: _____
 Unidad operativa: _____ Área de trabajo: _____
 Dirección domiciliaria: _____
 En caso de emergencia notificar a: _____ Telefonos: _____

3. HISTORIA OCUPACIONAL PREVIA

| Empresa / Área | Ocupación / Oficio | Tiempo | EPP si/no | Mecánico | Biológico |
|----------------|--------------------|--------|-----------|--|---|
| | | | | Cables Arreglo por o enrejado Arreglo por vueltas de espaldas a vehículos Arreglo de cables por vueltas Cables de cables desprotegidos Cables de cables en manipulación Cables de cables por despiece o desmontaje Cables de personas al mismo nivel Chequeo de cables móviles Chequeo de cables móviles Espasmo contracto Exposición Exposición por objetos/instrumentos Inerente Puntos de contacto Proyección de fragmentos y partículas | Exposición a virus Exposición a bacterias Parasitas Exposición a hongos Exposición a derivados orgánicos Exposición a metales Exposición a metales pesados Exposición a metales pesados Metales pesados |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

| Empresa / Área | Ocupación / Oficio | Tiempo | EPP si/no | Ergonómico | Químico |
|----------------|--------------------|--------|-----------|--|---|
| | | | | Diseño del puesto de trabajo Sobre esfuerzos físicos Sobre carga Manejo manual de cargas Posturas forzadas Movimientos repetitivos Utilización de herramientas manuales Cargas de peso Cargar térmica Cargar lumínica Calidad del aire Organización de trabajo Distribución del trabajo Operadores de P/D | Humedad Gases y vapores Aerosoles sólidos Aerosoles líquidos Exposición a sustancias nocivas Contacto con sustancias abrasivas Contacto con sustancias corrosivas |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

| Empresa / Área | Ocupación / Oficio | Tiempo | EPP si/no | Físico | Psicológico |
|----------------|--------------------|--------|-----------|---|---|
| | | | | Caer Fiebre Contactos bruscos Desequilibrios Desechos sólidos Mal uso de herramientas Mal uso de herramientas Incho Vibraciones Presiones Batidos | Estrés Ansiedad Miedo Sobrecarga Ansiedad Tristeza Insomnio Abuso de alcohol |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

Describir tipo de accidente, lesiones y/o secuelas / fue reportado al IESS _____

Enfermedad Ocupacional Calificada por Riesgos del Trabajo del IESS: SI NO

Actividades Extralaborales: (Otros trabajos u Ocupaciones, Deportes, entre otros.) _____

4. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE SALUD

| 4.2. Antecedentes Familiares | | | | | | | | | |
|------------------------------|-------------|------------------|------------------|-----------|-----------------|---------------|--------------------|------------------|----------|
| 1. Cardiopatía | 2. Diabetes | 3. Enf. Vascular | 4. Hiper Tensión | 5. Cáncer | 6. Tuberculosis | 7. Enf Mental | 8. Enf Infecciosas | 9. Mal Formación | 10. Otro |
| | | | | | | | | | |

4.3. HISTORIA GINECOBISTRICA

Ciclos: / Fecha Última Menstruación: G. P. C. A. Vivos: Fecha Último Parto:

Dismenorrea: Si No Método de planificación: Papanicolaou: Colposcopia:

Mamografía: Última Eco. Mamas:

4.4. HABITOS TOXICOS / ESTILOS DE VIDA

4.4.1 Tabaquismo: No Si Ocasional

4.4.2 Licor: No Si Ocasional

4.4.3 Drogadicción: No Si Tipo de droga:

4.4.4 Hábitos de ejercicio: No Si ¿Cuál? Frecuencia:

4.4.5 Lesiones deportivas: No Si ¿Cuál?

5. INMUNIZACIONES

| Vacuna | Fecha | primera | segunda | tercera | refuerzo | Vacuna | Fecha | primera | segunda | tercera | refuerzo |
|--------------------|-------|---------|---------|---------|----------|-------------|-------|---------|---------|---------|----------|
| Tétanos - Difteria | | | | | | Influenza | | | | | |
| Hepatitis A | | | | | | Anticuerpos | | | | | |
| Hepatitis B | | | | | | Neumococo | | | | | |

6. EXAMEN FISICO / POR SISTEMAS

Peso: kg Estatura: metros IMC: P.A: / Pulso: F.R:

Estado General: Normal Anormal

| ORGANO / SISTEMA | normal | anormal | hallazgos | ORGANO / SISTEMA | normal | anormal | hallazgos |
|------------------|---------------------------|---------|-----------|------------------|---------------------|--|-----------|
| Piel | Cicatrices | | | Cuello | Tiroides | | |
| | Tatuajes | | | | | | |
| | Piel y Fanelas | | | Torax | Senos | | |
| | | | | | Corazón | | |
| Ojos | Párpados | | | | Pulmones | | |
| | Conjuntivas | | | Abdomen | Visceras | | |
| | Pupilas | | | | Pared abdominal | | |
| | Córnea | | | Genitales | Genitales externos | | |
| | Motilidad | | | Extremidades | Miembros superiores | Tinel: Phalen: | |
| Oido | C. Auditivo externo | | | | Miembros inferiores | | |
| | Pabellón | | | Neurólogo | Vascular | | |
| | Timpanos | | | | Columna vertebral | Almeación: Schuber: cms Wells: I II III IV | |
| Nariz | Tabique | | | | Fuerza | | |
| | Cornetes | | | | Marcha | | |
| | Mucosas senos paranasales | | | | Sensibilidad | | |
| Boca | Labios | | | | Reflejos | | |
| | Lengua | | | | | | |
| | Faringe | | | | | | |
| | Amígdalas | | | | | | |
| | Dentadura | | | | | | |

7. EXÁMENES DE LABORATORIO BASICOS:

| Examen | Normal | Anormal | Describir | Examen | Normal | Anormal | Describir |
|--------------------|--------|---------|-----------|--|--------|---------|-----------|
| BIOMETRIA HEMATICA | | | | EMO | | | |
| QUIMICA SANGUINEA | | | | COPRO | | | |
| LIPIDOS | | | | OTROS (CRITERIO MEDICO EPIDEMIOLOGICO) | | | |
| Anotaciones: | | | | | | | |

8. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

| Examen | Fecha | Resultado | Examen | Fecha | Resultado |
|--------------|-------|-----------|--------|-------|-----------|
| 1. | | | 4. | | |
| 2. | | | 5. | | |
| 3. | | | 6. | | |
| Anotaciones: | | | | | |

9. DIAGNÓSTICOS: CLINICOS, LABORATORIOS Y GABINETES

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

10. CRITERIO MEDICO

10.1 Concepto: _____ 10.2 Tipo de Restricciones o Limitaciones: _____

J. ANEXO 9. CERTIFICADO DE APTITUD

CENTRO DE ATENCION AMBULATORIO DE SALUD
CERTIFICADO DE APTITUD

Ingreso Periódico Reintegro Retiro

Ciudad: (fecha)

Para: Recursos Humanos y/o Técnico/Responsable/Delegado de SSO

Una vez realizado el examen médico periódico,

Certifico que

Sr.(a) _____

Se encuentra:

APTO

APTO CON RESTRICCIONES

REUBICACION DE PUESTO

Para cubrir el puesto de trabajo _____

Observaciones:

Médico Ocupacional

K. ANEXO 10. REGISTRO DE VACUNAS

| | | REGISTRO DE CONTROL DE DOSIS DE VACUNAS E INMUNIZACIONES | | | | | | | COO. | |
|------|---------|--|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------------------|---------------|
| | | | | | | | | | No. | |
| Item | Nombres | N° Cédula | Hepatitis A y B | | | Tifoidea | | | Difteria - Tétanos (DT) | Observaciones |
| | | | 1er dosis | 2da dosis | 3er dosis | 1er dosis | 2da dosis | 3er dosis | | |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | |

L. ANEXO 11. REGISTRO DE ACCIDENTES BIOLÓGICOS

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:

Mes:

Año:

| FECHA | HORA | IDENTIFICACIÓN DEL ACCIDENTADO | EDAD | CIRCUNSTANCIA EN LA QUE SUCEDIÓ EL PINCHAZO | | | | | | | | DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE | ACCION QUE SE TOMA | OBSERVACIÓN |
|-------|------|--------------------------------|------|---|--------------|-----------|-------------------|---|---------------------------|---------------------------------|-------|--------------------------|--------------------|-------------|
| | | | | PROCEDIMIENTO MEDICO | REINCAPUCHAR | DESCARTAR | LIMPIEZA DE AREAS | LIMPIEZA DE MATERIAL Y / O ROPA CONTAMINADA | PREPARACION DE MEDICACION | TRANSPORTE DESECHOS INFECCIOSOS | OTROS | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

CÓDIGO: R-EXT-01

Fuente: Registro de accidentes laborales Unidad de Seguridad y Salud en el Trabajo .

NOTA: COLOQUE UNA CRUZ EN LA CIRCUNSTANCIA CORRESPONDIENTE

M. ANEXO 12. REGISTRO DE ACCIDENTE POR EXPOSICION PERCUTANEA

FICHA DE REGISTRO DE ACCIDENTE POR EXPOSICION PERCUTANEA

NUMERO DE REGISTRO:

DATOS DEL ACCIDENTADO

NOMBRES Y APELLIDOS:

CI:

DIRECCION DOMICILIO:

TELEFONO FIJO:

TELF CELULAR:

EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:

HISTORIA CLINICA:

PUESTO DE TRABAJO:

TIEMPO EN EL PUESTO:

AREA A LA QUE PERTENECE EL EMPLEADO:

AREA DONDE OCURRIO:

FECHA DE LA LESION:

HORA DE LESION:

VACUNACION HEPATITIS B

SI

NO

CUANDO

DOSIS

HEPATITIS A

SI

NO

TRANSFUSIONES SANGUINEAS

SI

NO

CIRUGIAS

SI

NO

PINCHAZOS ANTERIORES

SI

NO

CUANDO

TATUAJES

SI

NO

DROGAS INTRAVENOSAS

SI

NO

TIPO DE ACCIDENTE:

PINCHAZO

CORTE

SALPICADURA

TIPO DE CORTOPUNZANTE

CONTAMINADO

ESTERIL

DESCONOCIDO

DESCRIBA LAS CIRCUNSTANCIAS EN LAS QUE SE PRODUJO LA LESION:

EXAMEN FISICO:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

BH:

HIV:

ENZIMAS HEPATICAS (TGO/TGP):

HBsAg:

antiHBs (vacunación):

antiHVC:

IDENTIFICACION DEL PACIENTE ORIGEN

SI

NO

NO APLICA

DATOS DEL PACIENTE ORIGEN

NOMBRES Y APELLIDOS:

DIRECCION DOMICILIO

CI:

| | | | | | |
|--|--|----|-------------------|--|----|
| EDAD: | | | | | |
| TELEFONO FIJO: | | | TELF. CELULAR: | | |
| HISTORIA CLINICA: | | | | | |
| SERVICIO DONDE ESTA INTERNADO: | | | | | |
| DIAGNOSTICO: | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| ANTECEDENTES DE: | | | | | |
| VACUNACION HEPATITIS B | | SI | | | NO |
| CUANDO | | | DOSIS | | |
| HEPATITIS A | | SI | | | NO |
| TRANSFUSIONES SANGUINEAS | | SI | | | NO |
| CIRUGIAS | | SI | | | NO |
| VARIAS PAREJAS SEXUALES | | SI | | | NO |
| TATUAJES | | SI | | | NO |
| DROGAS INTRAVENOSAS | | SI | | | NO |
| EXAMENES COMPLEMENTARIOS: | | | | | |
| BH: | | | | | |
| HIV: | | | | | |
| ENZIMAS HEPATICAS (TGO/TGP): | | | | | |
| HBsAg: | | | | | |
| antiHVC: | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | | | | | |
| ACCIDENTE LABORAL | | | INCIDENTE LABORAL | | |
| REPORTE SEGURO GENERAL DE RIESGOS DEL TRABAJO | | | | | |
| SI | | | NO | | |
| TRATAMIENTO | | | | | |
| ESQUEMA ANTIRRETROVIRALES | | | | | |
| GAMMA GLOBULINA HB | | | | | |
| VACUNACION HEPATITIS B | | | | | |
| NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO: | | | | | |



