

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
**HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN**



**“PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA DE LA SALUD”**

**PROCESO:** CALIDAD


**SUBPROCESO:** SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
<b>Dra Ximena Morales</b>	<b>Dr. Edison Ipiales</b>	<b>Dr. Andrés Sotomayor</b>
<b>Cargo:</b> Médica Ocupacional	<b>Cargo:</b> Analista de Calidad 3	<b>Cargo:</b> Gerente
<b>FECHA:</b> 2016-03-16	<b>FECHA:</b> 2016-03-22	<b>FECHA:</b> 2016-03-30

**Contenido**

1. OBJETIVO: .....	2
2. ALCANCE: .....	2
3. RESPONSABLES:.....	2
Responsable de la Supervisión .....	2
Responsable de la Aplicación .....	2
Responsable del Monitoreo del Indicador .....	2
4. DEFINICIONES:.....	2
5. DESCRIPCIÓN: .....	3
Diagrama del Proceso .....	3
Desarrollo del Proceso .....	4
6. INDICADORES .....	4
7. REFERENCIAS:.....	5
8. ANEXOS: .....	5
9. DISTRIBUCIÓN.....	5
10. CONTROL DE CAMBIOS.....	5



	<b>VIGILANCIA DE LA SALUD</b>	<b>FECHA APROBACIÓN:</b> 2016-03-30 <b>VERSIÓN:</b> 001
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>PÁGINA</b> 2 de 5 <b>CÓDIGO:</b> HGDC-CAL-SSO-PROC-VS

## 1. OBJETIVO:

Establecer las condiciones para mantener una Vigilancia de la Salud Ocupacional, mediante la actuación de la Unidad de Seguridad, Salud y Ambiente del Hospital General Docente Calderón, a fin de asegurar que los trabajadores tengan un control periódico de su estado de salud en función a los riesgos inherentes a su trabajo

## 2. ALCANCE:

Este procedimiento es de aplicación para la Unidad de Seguridad, Salud y Ambiente del Hospital Docente Calderón el mismo que cubre todos los aspectos relacionados a la Salud Ocupacional de los Trabajadores.

## 3. RESPONSABLES:

**Responsable de la Supervisión:** Médico Ocupacional

**Responsable de la Aplicación:** Líderes de Proceso, Coordinadores Técnicos

**Responsable del Monitoreo del Indicador:** Licenciada de Enfermería

## 4. DEFINICIONES:

-Examen médico de ingreso: Es aquel que se realiza para determinar las condiciones de salud del trabajador antes de su contratación, en función de las condiciones de trabajo a las que estaría expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y el perfil del cargo

- Examen médico periódico: Es el que se realiza con el fin de monitorear la exposición a factores de riesgo e identificar en forma precoz, posibles alteraciones temporales o permanentes de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por la exposición al medio ambiente de trabajo. Así mismo, para detectar enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo

- Examen por reubicación laboral o cambio de ocupación: Es la evaluación médica que se realiza al trabajador cada vez que éste cambie de ocupación y ello implique cambio de medio ambiente laboral, de funciones, tareas o exposición a nuevos o mayores factores de riesgo, en los que se detecte un incremento de su magnitud, intensidad o frecuencia



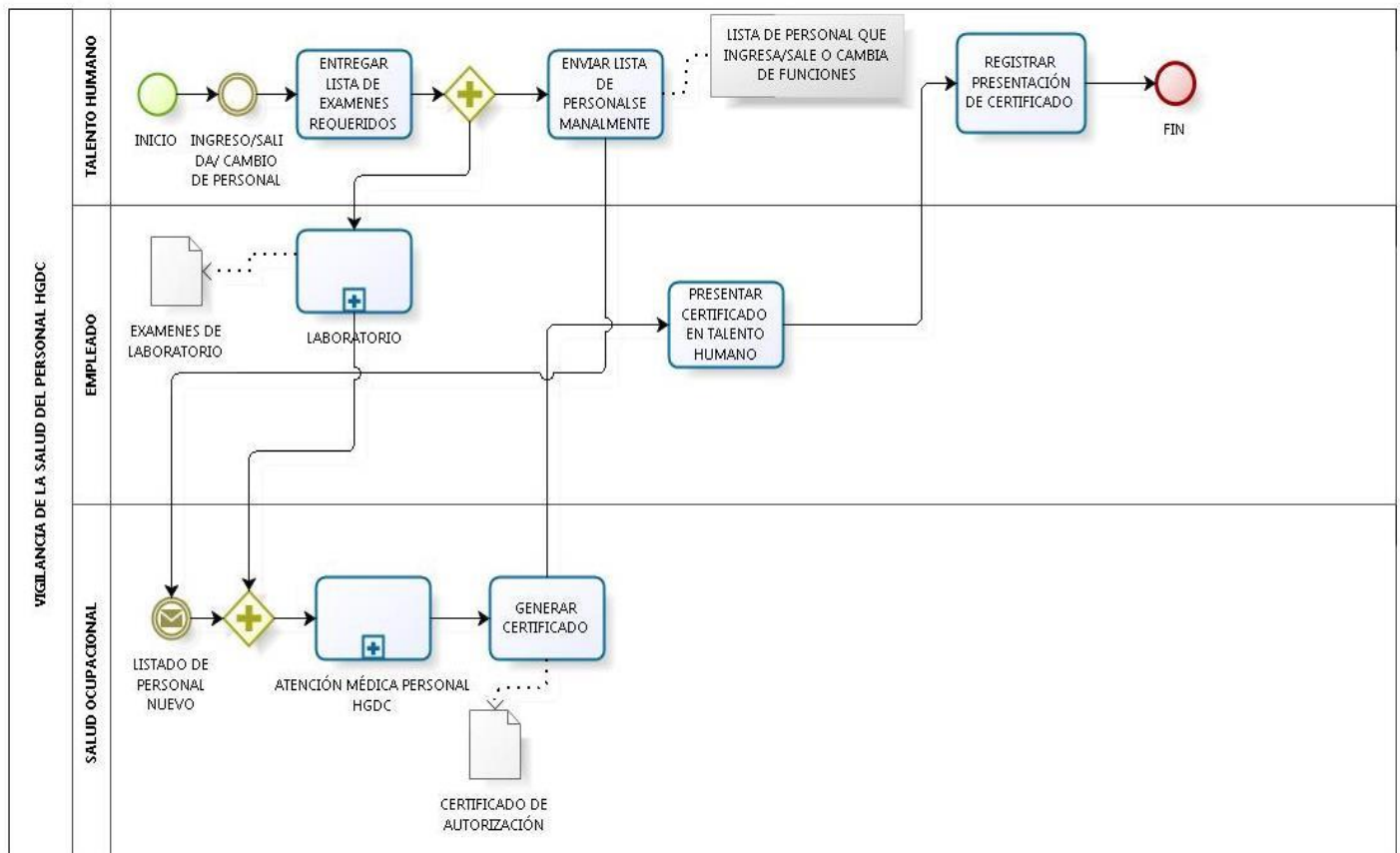
-Examen médico de Retiro: Evaluación médica ejecutada cuando se termina la relación laboral, con el objeto de valorar y registrar las condiciones de salud en las que el trabajador se retira de las tareas funciones asignadas


- Aptitud médica: conclusión a la que llega el médico que practica evaluaciones médicas ocupacionales cotejando el perfil del cargo a desempeñar con las condiciones físicas y mentales de un trabajador. Puede resultar en Apto, no apto o apto con limitaciones o restricciones para el desarrollo del cargo y tareas requeridas

- Vigilancia de la salud: recogida sistemática de datos acerca del estado de salud de los trabajadores, en relación con los riesgos inherentes al trabajo, con objeto de detectar la existencia de daños para la salud ocasionados por el trabajo en sus fases más precoces, con el fin de poder adoptar las medidas de prevención primaria que eviten su aparición o incluso revertan sus daños, así como para valorar las repercusiones de problemas de salud de otro origen que puedan tener en el desarrollo de la actividad labora

## 5. DESCRIPCIÓN:

### Diagrama del Proceso



	<b>VIGILANCIA DE LA SALUD</b>	<b>FECHA APROBACIÓN:</b> 2016-03-30 <b>VERSIÓN:</b> 001
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>PÁGINA</b> 4 de 5 <b>CÓDIGO:</b> HGDC-CAL-SSO-PROC-VS

### Desarrollo del Proceso

N° de Actividad	Responsable	Actividades realizadas	Salidas críticas
<b>INICIO</b>			
1	Talento Humano	<b>ENTREGAR LISTA DE EXÁMENES REQUERIDOS</b> Cuando ingrese nuevo personal al HGDC, se realice cambio de funciones o se termine la relación laboral, se entregara el formulario HGDC-CAL-SSO-FORM-EXSO en el cual se detalla los exámenes de laboratorio que debe presentar. Pasar a la actividad 2 y 3. En el caso de exámenes periódicos se informara las fechas de exámenes de acuerdo a la planificación de Salud ocupacional y se pasa a la actividad 3	Pedido de exámenes de laboratorio
2	Talento Humano	<b>ENVIAR LISTA DE PERSONAL SEMANALMENTE</b> Cada semana Talento Humano enviara a Salud Ocupacional una lista actualizada del personal que se ha vinculado a la institución. Pasar a la actividad 4	Listado de personal nuevo
3	Empleado	<b>ACUDIR A REALIZARSE EXÁMENES</b> El empleado es responsable de acudir a los servicios respectivos a realizarse los exámenes solicitados de acuerdo a los procedimientos que estos establezcan. Los exámenes periódicos y finales se los realizará en los servicios de esta institución. Los exámenes iniciales se los realizará por cuenta del empleado. Pasar a la actividad 4	Resultados de Exámenes de Laboratorio
4	Salud Ocupacional	<b>PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA DEL PERSONAL</b> Una vez que el empleado cuenta con los exámenes de laboratorio se debe acercar a salud ocupacional para realizar el procedimiento de atención médica (código: )	Atención médica
5	Salud Ocupacional	<b>GENERAR CERTIFICADO</b> El médico Ocupacional emitirá el certificado de apto, no apto, o apto con restricciones del trabajador para el puesto contratado	Certificado de aptitud
6	Empleado	<b>PRESENTAR CERTIFICADO EN TALENTO HUMANO</b> El empleado deberá presentar el certificado médico obtenido a la Unidad de Talento Humano, ya sea para ingresar, para cambio de actividades o para terminar la relación contractual con la institución.	Legalización de Ingreso, salida, cambio o control periódico.

### 6. INDICADORES:

- Número de atenciones en consulta externa realizadas/Número de atenciones programadas
- Número de historias clínicas bien elaboradas/Número de historias clínicas auditadas
- Número de trabajadores atendidos/Número de trabajadores asignados



**PROCEDIMIENTO**

**7. REFERENCIAS:**

- Constitución de la Republica
- Código del Trabajo
- Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo D.E.2393
- Resolución N° CD. 333 Reglamento para el Sistema de Auditoria de Riesgo del Trabajo- "SART"
- Resolución 957, Reglamento al Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Resolución No. C.D. 390, Reglamento del Seguro General de Riesgos del Trabajo
- Acuerdo Ministerial 1404. Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa

**8. ANEXOS:**

- EXÁMENES PARA SALUD OCUPACIONAL, Código HGDC-CAL-SSO-FORM-EXO
- PARTE DIARIO DE SALUD OCUPACIONAL, Código HGDC-CAL-SSO-FORM-PDSO
- ANAMNESIS OFTALMOLÓGICA; Código HGDC-CAL-SSO-FORM-AO
- CONTROL DE DOSIS DE VACUNA E INMUNIZACIONES, Código HGDC-CAL-SSO-FORM-CDV
- CERTIFICADO DE APTITUD, Código HGDC-CAL-SSO-FORM-EXA
- HISTORIA CLÍNICA SALUD OCUPACIONAL, Código HGDC-CAL-SSO-FORM-HCSO


**9. DISTRIBUCIÓN**

Coordinadores técnicos  
Líderes de Proceso  
Subdirectores  
Directora Asistencial  
Analista de Calidad  
Analista de Comunicación

**10. CONTROL DE CAMBIOS**

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	SECCIÓN QUE CAMBIA	VERSIÓN
2016-03-30	Emisión Inicial	N/A	001



 Ministerio de Salud Pública Hospital Docente de CALDERÓN	<b>EXÁMENES PARA SALUD OCUPACIONAL</b>	<b>FECHA APROBACIÓN: 2016-03-30</b> <b>VERSIÓN: 001</b> <b>PÁGINA 1 DE 1</b> <b>CÓDIGO: HGDC-CAL-SSO-FORM-EXSO</b>
	<b>FORMATO</b>	

NOMBRE:		CEDULA:	
EDAD:	SEXO	MAS.	FEM.
			FECHA DE SOLICITUD

<b>EXAMENES PARA:</b>	
INGRESO:	
CONTROL PERIÓDICO:	
REHUBICACIÓN LABORAL:	
RETIRO:	


EXAMEN SOLICITADO	REQUERIDO	PRESENTA (SI/NO)
a) Biometría sanguínea		
b) Bioquímica sanguínea (glucosa, Urea, Creatinina, Ac. Úrico, Perfil lipídico, Perfil hepático).		
c) VDRL		
d) Grupo y factor sanguíneo.		
e) AgHBs; HBsAb o anti-HBs; HBcAb o anti-HBc		
f) VIH (consentimiento informado)		
g) Examen completo de orina		
h) Coproparasitario		
<b>Exámenes complementarios específicos:</b>		
i) Audiometría		
j) Espirometría		
k) Radiografía de Tórax		
l) Radiografía de Columna Cervical AP y L		
m) Radiografía de columna Lumbar AP y L		
n) Citología Vaginal		
o) Mamografía para mujeres mayores de 40 años		
p) PSA para hombres mayores de 40 años		
q) Carne de Vacunas: Hepatitis A y B, DT, Tifoidea		
<b>OTROS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS</b>		

NOTAS: 1) Para la revisión periódica, los exámenes descritos anteriormente pueden variar, esto depende de la identificación de la matriz de riesgos de cada proyecto es potestad del médico ocupacional y del técnico de seguridad solicitar exámenes específicos. 2) Los exámenes iniciales no se los realizará en la institución, el personal contratado debiera traer por su cuenta dichos exámenes.







	<b>ANAMNESIS OFTALMOLÓGICA</b>	FECHA APROBACIÓN: 2016-03-30
	<b>FORMATO</b>	VERSIÓN: 001 PÁGINA 1 DE 2 CÓDIGO: HGDC-CAL-SSO-FORM-AOF

<b>DATOS DEL TRABAJADOR:</b>	
Apellidos y Nombres:	
Cedula de identidad:	
Área de Trabajo:	Puesto:
Años de Trabajo con PVC:	Trabajos Anteriores:


<b>ANAMNESIS OFTALMOLÓGICA:</b>			
¿Ha padecido alguna de estas enfermedades relacionadas con la visión? (Marque con una X)			
Exoftalmia	<input type="checkbox"/>	Asimetría	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	Blefaritis	<input type="checkbox"/>
Chalazión	<input type="checkbox"/>	Opacidad Corneal	<input type="checkbox"/>
Estrabismo		<input type="checkbox"/>	
Orzuelos		<input type="checkbox"/>	
Arco Senil		<input type="checkbox"/>	
OTROS:			

<b>AGUDEZA VISUAL:</b>			
En el último año su visión :			
Mejoro	<input type="checkbox"/>	Empeoro	<input type="checkbox"/>
Esta igual		<input type="checkbox"/>	
Usa lentes:			
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si	<input type="checkbox"/>	Para cerca	<input type="checkbox"/>
		Para lejos	<input type="checkbox"/>
		Para cerca y lejos	<input type="checkbox"/>
Año en que se puso los lentes:			
Año de la última medición			

<b>PREGUNTAS:</b>			
Tipo de tarea actual:			
Inserción de datos	<input type="checkbox"/>	Dialogo Interactivo	<input type="checkbox"/>
Otros.....	<input type="checkbox"/>	Digitación	<input type="checkbox"/>
¿Alterna Trabajo de PVC con otras actividades?			
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Media de trabajo con pantalla / semana:			
Ritmo de trabajo:	Libre	<input type="checkbox"/>	Continuo
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su trabajo es?	Interesante	<input type="checkbox"/>	Monótono
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Porque?			
.....			

Durante su trabajo se siente molesto/a por:			
1. Falta de nitidez de los caracteres	Sí	<input type="checkbox"/>	No
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. El centello de los caracteres o del fondo	Sí	<input type="checkbox"/>	No
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Los reflejos de la pantalla	Sí	<input type="checkbox"/>	No
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La iluminación artificial	Sí	<input type="checkbox"/>	No
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La iluminación Natural	Sí	<input type="checkbox"/>	No
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	<b>ANAMNESIS OFTALMOLÓGICA</b>	<b>FECHA APROBACIÓN:</b> 2016-03-30 <b>VERSIÓN:</b> 001
	<b>FORMATO</b>	<b>PÁGINA 2 DE 2</b> <b>CÓDIGO:</b> HGDC-CAL-SSO-FORM-AOF

<b>Durante o después del trabajo, siente usted:</b>	<b>Muy a menudo</b>	<b>A veces</b>	<b>Raramente</b>	<b>Nunca</b>
Prurito en los ojos				
Quemazón en los ojos				
Sensación de ver peor				
Sensación de visión borrosa				
Dolores de cabeza				
Deslumbramiento, luces				

**¿Padece frecuentemente alguna de las siguientes alteraciones? Indique cuáles**

Alteración del sueño	<input type="checkbox"/>	Angustia	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	Cansancio	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	Cefaleas	<input type="checkbox"/>	Diarreas	<input type="checkbox"/>	Irritabilidad	<input type="checkbox"/>
Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	Olvidos frecuentes	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	Temblores	<input type="checkbox"/>
Dificultad de concentración	<input type="checkbox"/>			Trastornos digestivos	<input type="checkbox"/>		

¿Ha cursado con baja? Si o No

¿Cuál?  
.....

<b>FIRMAS</b>	
<b>Medico Ocupacional HGDC</b>	<b>Empleado</b>
Nombre	Nombre:






**FORMATO**

FECHA DE EMISIÓN			INICIAL	<input type="checkbox"/>	PERIÓDICO	<input type="checkbox"/>
Día:	Mes:	Año:	RETIRO	<input type="checkbox"/>	REINTEGRO	<input type="checkbox"/>
Para:						
Una vez realizado el examen médico correspondiente, certifico que el Sr. _____ con cedula de ciudadanía _____ se encuentra:						
Apto	<input type="checkbox"/>	Apto con restricciones	<input type="checkbox"/>	No apto	<input type="checkbox"/>	
Para:						
Cubrir el puesto de trabajo	<input type="checkbox"/>	Terminación de la relación laboral:	<input type="checkbox"/>			
Denominado:	_____					

Observaciones: \_\_\_\_\_

<b>Medico Ocupacional HGDC</b>
Nombre




 Ministerio de Salud Pública Hospital Docente de CALDERÓN	HISTORIA CLÍNICA SALUD OCUPACIONAL	FECHA DE APROBACIÓN: 2016-03-30
	FORMATO	VERSIÓN: 001 PÁGINA 1 DE 3 CÓDIGO: HGDC-CAL-SSO- FORM-HCSO


**HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL - EXAMEN MÉDICO**

Inicio		Periódico		Reintegro		Especial	
Retiro							
Empresa							
<b>1. DATOS DE FILIACIÓN</b>							
<b>1.1 Apellidos y nombre</b>							
1.2 Cédula	1.3 Edad	1.4 Sexo	1.5 Fecha de nacimiento	1.6 Estado civil			
1.7 Lugar de nacimiento		1.8 Dirección			1.9 N° Teléfono		
1.10 Instrucción	1.11 Cargo	1.12 Fecha de ingreso	1.13 Tipo de sangre				
<b>1.14 Familiar de referencia en caso de emergencia</b>							
Nombre		Parentesco				Teléfono	
<b>1.15 Inmunizaciones</b>							
Tipo	N. de dosis			Fecha			
Tipo	N. de dosis			Fecha			
Tipo	N. de dosis			Fecha			
<b>2.-REVISIÓN ACTUAL DE SISTEMAS</b>							
2.1 Aparato respiratorio		2.3 Aparato digestivo		2.5 Sistema endocrino		2.7 Sistema osteomuscular	
2.2 Aparato circulatorio		2.4 Aparato urogenital		2.6 Sistema nervioso		2.8 Órganos de los sentidos	
Descripción							
<b>3.- HISTORIA PASADA NO PATOLÓGICA-HÁBITOS</b>							
Qué preguntar	Descripción						
Alimentación							
Alcohol							
Drogas							
Tabaco							
Medicamentos							
Ejercicio							
Sueño en horas							
Alergias							
<b>4.- Historia pasada patológica-Antecedente personales</b>							
Neurológicos	<input type="checkbox"/>	Gastrointestinales	<input type="checkbox"/>	Endocrinológicos	<input type="checkbox"/>		
Otorinolaringológicos	<input type="checkbox"/>	Genitourinarios	<input type="checkbox"/>	Metabólicos	<input type="checkbox"/>		
Oftalmológicos	<input type="checkbox"/>	Locomotores	<input type="checkbox"/>	Traumatológicos	<input type="checkbox"/>		
Respiratorios	<input type="checkbox"/>	Vasculares	<input type="checkbox"/>	Quirúrgicos	<input type="checkbox"/>		
Cardiológicos	<input type="checkbox"/>	Hematológicos	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>		
Descripción							
<b>4.1.- Antecedentes Ginecológicos</b>							
Menarquia	Menopausia		Ciclos: Regular ( ) Irregular ( )			F.U.M.	
Gestas	Abortos		Partos			Cesáreas	
<b>Planificación Familiar</b>							
Exámenes	Papanicolau				Colposcopia		
	Mamografía				Otros		
Descripción							
<b>5.- HISTORIA FAMILIAR- ANTECEDENTES PATOLÓGICO FAMILIARES</b>							
Cardiopatía		Enf. C. Vascular		Cáncer		Enf. Mental	
Diabetes		Hipertensión		Tuberculosis		Otro	



	HISTORIA CLÍNICA SALUD OCUPACIONAL		FECHA DE APROBACIÓN: VERSIÓN: 001		
	FORMATO		PAGINA 2 DE 3 CÓDIGO: HGDC-CAL-SSO- FORM-HCSO		
<b>6. HISTORIA SOCIAL-ANTECEDENTES OCUPACIONALES</b>					
Edad de inicio de trabajo:					
Empresa	Fecha ingreso /salida	Puesto de trabajo	RIESGOS LABORALES		
			Factores de riesgo	Descripción de riesgos	Vigilancia de la Salud
Accidentes laborales					
Enfermedades laborales					
Descripción					
6.1 Actividad extra laboral					
Empresa	Fecha ingreso /salida	Puesto de trabajo	Riesgos laborales		
			Factores de riesgo	Descripción de riesgos	Vigilancia de la Salud
<b>7.-EXAMEN FÍSICO</b>					
Signos Vitales		Inspección			
Presión arterial		Cabeza	Presión arterial	Tiroides	Extremidades.
Temperatura °C		Ojos		Tórax	Columna
Frecuencia Cardíaca		Oídos		Corazón	Neurológico
Frecuencia Respiratoria		Nariz		Pulmones	Piel y Faneras
Peso		Boca		Abdomen	Vascular perifé
Talla		Orofaringe		Genitourinario	
IMC		Cuello		Extremidades. Sup.	
Descripción					
<b>8.- EXÁMENES COMPLEMENTARIOS</b>					
8.1 Exámenes de laboratorio					
Tipo examen	Fecha	Resultados			
8.2 Exámenes especiales					
Estudio solicitado	Fecha		Resultados		
Estudio solicitado	Fecha		Resultados		
Estudio solicitado	Fecha		Resultados		
Estudio solicitado	Fecha		Resultados		
<b>9.- EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO</b>					
RIESGOS EN PUESTO DE TRABAJO (ACTUAL)					
DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES DE LIMPIEZA Y MANEJO DE DESECHOS					



 Ministerio de Salud Pública Hospital Docente de CALDERÓN	HISTORIA CLÍNICA SALUD OCUPACIONAL		FECHA DE APROBACIÓN:	
	FORMATO		VERSIÓN: 001 PAGINA 3 DE 3 CÓDIGO: HGDC-CAL-SSO- FORM-HCSO	
<b>10.- PERSONAL VULNERABLE</b>				
MENORES 18 AÑOS		Embarazo		
Lactancia		Discapacitados		
Descripción				
<b>11.-DIAGNÓSTICOS</b>				
Diagnóstico	CIE 10	Medidas Preventivas		
Declaro que la información que proporcione es veraz y puede ser verificada.				
Médico Ocupacional	Firma	Trabajador	Firma	Fecha de atención
		Nombre		
		Cédula		

