|  |  |
| --- | --- |
| **Reservado para uso interno** | |
| Indique cuál de los siguientes describe mejor el motivo de esta evaluación médica. | |
| Pre-colocación | Capacitación HUET / TBOSIET |
| Periódica | Otro: (especifique): |
| ¿Prueba de identidad confirmada?  Sí  No | Tipo y número de identificación: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Información personal – Completado por el empleado |  | |
| Apellido: | Dirección: | |
| Nombre: |  | |
| Fecha de nacimiento: | Ciudad: | Estado: |
| Sexo:  Masculino  Femenino | Código postal / zip: | País: |
| Empleador: | Nº de teléfono: | |
| Cargo: | Correo electrónico: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Esta sección debe ser llenada por el Profesional de la Salud*** | | | |
| **Evaluación del Profesional de la Salud** | | | |
| Esta individuo ha sido examinado de acuerdo con el Procedimiento de Evaluación Médica de Pet DW (WEL), y en mi opinión profesional es: | | | |
|  | **Apto para trabajar** - cumple con los requisitos médicos y funcionales de Pet DW (WEL) para el cargo | | |
|  | **Inapto para trabajar** - NO cumple con los requisitos médicos de Pet DW (WEL) para el desempeño seguro de las funciones esenciales del trabajo | | |
|  | **Apto para trabajar sujeto a restricciones** - enumere las restricciones requeridas en la página 2 | | |
|  | **Necesita más revisión** | | |
| Fecha del examen (mm/dd/aaaa): | | | |
| Certificado válido por:  Dos años (por defecto)  Un año  Seis meses Otro (especifique): | | | |
| **Información del Profesional de la Salud** | | | |
| Nombre del Profesional de la Salud (en mayúsculas): | | | |
| Nombre de la clínica: | | | |
| Dirección: | | | Ciudad: |
| Estado / Provincia: | | Código postal / zip: | País: |
| Firma del Profesional de la Salud: | | | Fecha (mm/dd/aaaa): |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apto para trabajar sujeto a restricciones** | | | | | | | |
| Apellido: | Nombre: | | | Fecha (mm/dd/aaaa): | | | |
| Si el individuo está certificado como **Apto para trabajar sujeto a restricciones,** documente las restricciones específicas requeridas a continuación. | | | | | | | |
| Restricciones de la actividad | | Máximo de horas / día | | | | | |
| 0 | 2 | | 4 | 6 | 8+ |
| De pie | |  |  | |  |  |  |
| Sentado | |  |  | |  |  |  |
| Caminar | |  |  | |  |  |  |
| Doblado / Inclinado / Agachado | |  |  | |  |  |  |
| Empujar / Tirar | |  |  | |  |  |  |
| Levantar (hasta el peso máx.): | |  |  | |  |  |  |
| Transportar (hasta el peso máx.): | |  |  | |  |  |  |
| Uso del teclado / ratón | |  |  | |  |  |  |
| Extender el brazo | |  |  | |  |  |  |
| Trepar | |  |  | |  |  |  |
| Conducir un vehículo motorizado de la empresa | |  |  | |  |  |  |
| Operar equipos (carretilla elevadora, etc.) | |  |  | |  |  |  |
| Uso de las extremidades  superiores:  Izquierda  Derecha | |  |  | |  |  |  |
| Uso de las extremidades  inferiores:  Izquierda  Derecha | |  |  | |  |  |  |
| Funciones de alta seguridad | |  |  | |  |  |  |
| Restricciones de EPI (uso de guantes, respirador, etc.) | |  |  | |  |  |  |
| Tareas repetitivas: | |  |  | |  |  |  |
| Trabajo en altura: | |  |  | |  |  |  |
| Trabajo por turnos: | |  |  | |  |  |  |
| Vibraciones: | |  |  | |  |  |  |
| Trabajar solo (lugares remotos): | |  |  | |  |  |  |
| Otras (visión, cognición, pensamiento crítico, etc.): | |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Esta sección debe ser completada por el Empleado y revisada por el Profesional de la Salud examinador.** | | | | |
| La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (GINA, por sus siglas en inglés) prohíbe a los empleadores y otras entidades cubiertas por GINA Título II solicitar o requerir información genética de cualquier individuo o miembro de la familia del individuo, excepto lo autorizado específicamente por la ley. Para cumplir con esta ley, le pedimos que no proporcione información genética al responder a esta solicitud de información médica. La "información genética", tal como la define GINA, incluye la historia clínica familiar de un individuo, los resultados de las pruebas genéticas de un individuo o miembro de la familia, el hecho de que un individuo o un miembro de la familia de un individuo buscó o recibió servicios genéticos, e información genética de un feto llevado por un individuo o un miembro de la familia de un individuo o un embrión legalmente poseído por un individuo o un miembro de la familia que recibe servicios reproducción asistida. | | | | |
| **Información personal** | | | |  |
| Apellido: | Nombre: | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): |
| **Información de salud general** | | | | |
| **Principales quejas / problemas de salud actuales** | SÍ | NO | En caso afirmativo, explique | |
| **Médico personal** (u otro contacto médico) |  |  | En caso afirmativo, indique el nombre y número de teléfono | |
| **Hospitalizaciones, cirugías, enfermedades / lesiones graves, tratamiento de problemas de salud mental, etc. en el pasado** |  |  | En caso afirmativo, proporcione una descripción y fecha(s) | |
| **Medicación**  En caso afirmativo, enumere cualquier receta, medicamentos de venta libre, suplementos dietéticos que podrían afectar su capacidad para realizar las funciones esenciales de su trabajo. |  |  |  | |
| **Exposición, estilo de vida y alergias** | | | | |
| **Antecedentes de exposición** | SÍ | NO | En caso afirmativo, describa su exposición en detalle | |
| *Ruido fuerte* |  |  |  | |
| *Radiación* |  |  |  | |
| *Polvos o fibras* |  |  |  | |
| *Productos químicos o vapores* |  |  |  | |
| *Vibraciones* |  |  |  | |
| **Estilo de vida** | SÍ | NO | En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? | |
| *¿Fuma usted?* |  |  |  | |
| *¿Consume alcohol?* |  |  |  | |
| *¿Usa drogas?* |  |  |  | |
| *¿Hace ejercicio?* |  |  |  | |
| **Alergias** | SÍ | NO | En caso afirmativo, proporcione detalles y describa la gravedad | |
| *Alergias medicinales* |  |  |  | |
| *Alergias a los alimentos* |  |  |  | |
| *Alergias ambientales* |  |  |  | |
| *Otras:* | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Condiciones previas y actuales (marque la casilla si alguna vez ha tenido alguna de las siguientes) | | | | |
| Alergias: Estacionales (fiebre del heno) | | Fatiga: Trastornos del sueño | | Entumecimiento / hormigueo |
| Alergias: Problemas sinusales | | GI: Sangre en las heces | | Embarazo: Actual (o sospechado) |
| Amputación o prótesis | | GI: Cambios en las deposiciones | | Respiratorio: Tos con sangre |
| Dolor / lesión de la espalda | | GI: Enfermedad de la vesícula | | Respiratorio: Enfisema |
| Trastornos de la sangre | | GI: Indigestión recurrente | | Respiratorio: Asma / bronquitis |
| Dolor / bulto / secreción del seno | | GI: Dolor de estómago / úlcera | | Respiratorio: Falta de aliento |
| Fracturas de huesos | | GI: Vómitos / náuseas | | Respiratorio: Silicosis |
| Cáncer | | Traumatismo craneal o inconsciencia | | Respiratorio: Tuberculosis |
| Cardíaco: Presión arterial alta o baja | | Dolores de cabeza / migraña | | Fiebre reumática |
| Cardíaco: Dolor en el pecho o angina | | Hernia | | Problemas con la piel |
| Cardíaco: Enfermedad cardíaca /   ataque al corazón | | Trastorno de inmunodeficiencia | | Operación quirúrgica |
| Cardíaco: Accidente cerebrovascular | | Ictericia o hepatitis | | Enfermedad tropical (malaria, etc.) |
| Cardíaco: Trombosis / coágulos de   sangre | | Problemas en las articulaciones /   artritis / gota | | Pérdida / ganancia de peso inexplicable |
| Problemas dentales o prótesis | | Enfermedad renal | | Paso inestable / frecuentes caídas |
| Diabetes | | Cálculos renales | | Orina sangrienta |
| Mareos / desmayos | | Problemas de rodilla | | Orina: paso doloroso |
| Oídos: Dolores / zumbido / drenaje | | Problemas de salud mental (depresión,   etc.) | | Venas varicosas |
| Oídos: Dificultad para oír | | Salud mental: Trastornos de ansiedad | | Visión: Cualquier dificultad |
| Epilepsia / convulsiones | | Salud mental: abuso de drogas y   alcohol | | Visión: Daltonismo |
| Evacuado desde el sitio en alta mar /   tierra | | Debilidad muscular o parálisis | | Visión: Usar gafas / contactos |
| Fatiga: Crónica | | Dolor de cuello / latigazo | | Entumecimiento / hormigueo |
| Fatiga: Se queda dormido durante el   día | |  | |  |
| Otro (sírvase explicar): | | | | |
| **Información Adicional** | Si marca cualquiera de las casillas anteriores, proporcione información adicional, incluyendo:   * Fecha(s) aproximada(s) de diagnóstico * Cualquier limitación * Si la condición es controlada * Otros detalles pertinentes | |  | |
| **Consentimiento para la divulgación de información** | | | | |
| Sí  No | Certifico que toda la información que he comunicado es verdadera y correcta a mi leal saber y entender, y no he omitido deliberadamente informar cualquier información relevante para este formulario. Por la presente autorizo al personal médico examinador y / o al Médico a divulgar cualquier información proporcionada por mí en este cuestionario y los resultados de la evaluación médica al médico designado de Petroleum Deepwater (WEL), según corresponda, de manera confidencial para determinar mi capacidad para realizar la requisitos esenciales de mi trabajo. Entiendo que la información recopilada en base a las declaraciones anteriores será mantenida en un archivo confidencial separado de mi expediente de personal. | | | |
| Nombre en letra de molde: | | | | Fecha: |
| Firma: | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Información personal | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Apellido: | | | | | Nombre: | | | | | | | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): | | | | | | | | | | | | | |
| **Signos vitales** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estatura | Peso | IMC | | | | Presión arterial | | | | | Pulso | | | | Temperatura | | | | Ritmo respiratorio | | | | | | | | |
|  |  |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | | |
| **Visión** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| *La agudeza visual de cada ojo debe ser probada con los gráficos de Snellen y los resultados registrados a continuación.* | | | **Sin corrección** | | | | | | | | | | | **Corregida** | | | | | | | | | | | | | |
| Ojo izquierdo | | | | Ojo derecho | | | | | Ambos | | Ojo izquierdo | | | Ojo derecho | | | | | Ambos | | | | | |
| **Lejana** | | |  | | | |  | | | | |  | |  | | |  | | | | |  | | | | | |
| **Cercana** | | |  | | | |  | | | | |  | |  | | |  | | | | |  | | | | | |
| Visión del color (Ishihara): | | | Normal | | | | Anormal | | | | | Explique / describa en detalle todos los resultados de visión anormal | | | | | | | | | | | | | | | |
| Campo visual: | | | Normal | | | | Anormal | | | | |
| Percepción de profundidad: | | | Normal | | | | Anormal | | | | |
| **Examen físico** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descripción | | | | | | | | | Normal | Anormal | | | Descripción | | | | | | | | | | | | | Normal | Anormal |
| **Apariencia:** Apariencia, comportamiento, movilidad | | | | | | | | |  |  | | | **Respiratorio:** Expansión torácica, sonidos respiratorios | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **Ojos:** Pupilas, fondos | | | | | | | | |  |  | | | **Musculoesquelético:** Equilibrio, coordinación, articulaciones, flexibilidad, amplitud de movimiento, columna vertebral, etc. | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **Oídos / audición:** Audición bruta, canales auditivos, tímpanos | | | | | | | | |  |  | | | **Piel:** Cicatrices, dermatitis, úlcera, CBC, etc. | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **Neurológico:** Habla, coordinación, reflejos | | | | | | | | |  |  | | | **Gastrointestinal:** Abdomen, hernia, úlceras, órganos | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **Nariz:** Senos nasales | | | | | | | | |  |  | | | **Venas de la pierna:** Varicosas, edema (notar la severidad abajo) | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **Dientes y boca:** Dientes, encías, empastes, garganta | | | | | | | | |  |  | | | **Endocrino:** Glándulas linfáticas, tiroides | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **Cardiovascular:** Sonidos cardíacos, ritmo, soplo | | | | | | | | |  |  | | | **Otro:** Proporcione detalles abajo | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Describa en detalle los resultados anormales: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pruebas** | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | | |
| ¿ECG indicado o mayor de 40? | | | | Sí | | | | No | | | | | ¿Vacunas ofrecidas?  (Opcional: Hep A, Hep B y Tdap) | | | | | Sí | | | | | No | | | | |
| ¿Audiograma si es de base o en HCP? | | | | Sí | | | | No | | | | | ¿ Prueba de drogas en orina realizada? (pre-colocación solamente) | | | | | Sí | | | | | No | | | | |
| ¿Se indica la espirometría? | | | | Sí | | | | No | | | | | Análisis de orina (tira reactiva) | | | | | Negativo | | Positivo | | | | | Traza | | |
| ¿Autorización médica respiratoria? | | | | Sí | | | | No | | | | | Proteína | | | | |  | |  | | | | |  | | |
| ¿Radiografía torácica indicada? | | | | Sí | | | | No | | | | | Sangre | | | | |  | |  | | | | |  | | |
| ¿Requiere derivación al Médico de Atención Primaria o Especialista? | | | | Sí | | | | No | | | | | Glucosa | | | | |  | |  | | | | |  | | |
| Química de la sangre  (incluyendo CBC con conteo diferencial y plaquetario, CMP con LFT y perfil lipídico) | | | | Normal | | | | Anormal | | | | | Prueba de alcoholemia (pre-colocación solamente) | | | | |  | |  | | | | | N/A | | |
| Firma del Profesional de la Salud: | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha (mm/dd/aaaa): | | | | | | | | | | | |