

EXAMEN MÉDICO ANUAL (AME)

Este formulario se usará para los Exámenes Médicos Anuales para trabajos específicos (choferes y guardias de seguridad) y para miembros del personal que conducirán ocasionalmente vehículos de la OIM.

Información importante e instrucciones

El procedimiento del examen médico anual consiste de varios pasos:

1. Un médico cualificado realiza un examen físico (página 1) y otras pruebas (páginas 2 y 3);
2. El médico examinador comunica sus conclusiones y recomendaciones y devuelve el formulario al candidato.
3. El candidato rellena el formulario en <https://iom.my.cority.com> y sube el examen médico de ingreso completo junto con los documentos y la libreta de vacunas.
4. El candidato recibirá una notificación de recepción de su solicitud.
5. El Oficial Médico de la OIM determina la aptitud final para trabajar en base a lo anterior y a cualquier investigación o información adicional que se considere necesaria.

Este procedimiento debe completarse antes de que los solicitantes puedan asumir sus funciones.

Toda la información es tratada como confidencial por las Unidades de Salud Ocupacional de la OIM y puede ser utilizada por los miembros del personal que se unen a uno de los planes de seguro médico de la OIM.

EXAMEN MÉDICO (A ser llenado por el médico examinador)

Nombre y Apellido:		Fecha de Nacimiento (dd/mm/yy):			
PERN:		Sexo al nacer: ☐ Mujer ☐ Hombre			
A. EXAMEN CLÍNICO		NO	SI	Información adicional	
¿Ha tratado alguna vez al candidato?		☐	☐	Si es así, especifique:	
¿Es usted familiar del paciente?		☐	☐		
MEDIDAS CORPORALES					
Peso		Kg	Estatura		cm
Índice de masa corporal		Kg/m ²	Circunferencia del cuello		cm
CARDIOVASCULAR					
Presión arterial (reposo)		Sistólica		Diastólica	
• Primera lectura		mmHg		mmHg	
• Segunda lectura (10min. más tarde)		mmHg		mmHg	
Ritmo cardíaco		Electrocardiograma (adjunte una copia escaneada)			
Frecuencia de pulso por minuto:		• Si tiene 50 años o más - o			
¿El pulso es regular y simétrico?		• Si el paciente es conductor			
☐ No ☐ Yes		Resultados:			

• Murmullos, sonidos adicionales • Venas varicosas, edema de miembros inferiores • Soplos arteriales, claudicación intermitente				Normal ☐ Anormal ☐ Si es así, especifique			
¿Requiere una evaluación adicional por parte de un Cardiólogo ? No ☐ Sí ☐							
VISION - Use the Snellen's chart with or without correction							
Agudeza visual		Cerca		Lejos		Campo de visión horizontal (grados)	
		Sin corrección	Con corrección	Sin corrección	Con corrección		
• Ojo derecho							
• Izquierda eye							
• Pupilas iguales, reacción a la luz, acomodación • Motilidad ocular, • Nistagmo, • Exoftalmos				Normal ☐ Anormal ☐ Si es así, por favor subraye y especifique			
¿Requiere una evaluación adicional por parte de oftalmólogo ? No ☐ Sí ☐							
OÍDO							
Prueba del susurro Resultados		Oído derecho			Oído izquierdo		
		Metros or pies			Metros or pies		
Audífono utilizado para la prueba		No ☐ Si ☐			No ☐ Si ☐		
Cicatrización de la membrana timpánica, oclusión del canal externo, tímpanos perforados.				Normal ☐ Anormal ☐ Si es así, especifique			
Cada dos años		Frecuencia en Hercios					
		Oído derecho			Oído izquierdo		
		500Hz	1000Hz	2000Hz	500Hz	1000Hz	2000Hz
Intensidad media/umbral (dB)							
¿Requiere una evaluación adicional por parte de un especialista en ORL ? No ☐ Sí ☐							
PIEL, ABDOMEN, GANGLIOS LINFÁTICOS, TIROIDE							
Subraye si el síntoma está presente o es apropiado							
• Ictérica, Hepatomegalia, Eritema palmar/facial, Varices abdominales, Tremor, Hernia • Ganglio linfático agrandado, Esplenomegalia, Edema, Palidez, Tiroides agrandada • Cicatrices, Estrías: especifique la(s) ubicación(es)							
¿Requiere una evaluación adicional por parte de un Gastroenterólogo, ☐ un Dermatólogo, ☐ un Hematólogo, ☐ un Endocrinólogo, ☐							
No ☐ Sí ☐ Si es así, especifique							
OTROS – por favor subraye						Normal	Anormal especificar
1	Aspecto general	• Marcado sobrepeso/ bajo peso • Signos sugestivos del uso indebido de sustancias (por ejemplo, alcohol) • Comportamiento durante el examen				☐	
2	Sistema respiratorio	• Expansión anormal de la pared torácica, • Frecuencia respiratoria anormal, • Ruidos respiratorios anormales (sibilancias, estertores)				☐	

		- Deterioro de la función respiratoria, cianosis ¿Se recomienda una radiografía de tórax? No ☐ Sí, ☐ si es así, por favor proceda ⇒ ¿Requiere una evaluación adicional por parte de un especialista en Neumología?		
3	Sistema locomotor	- Deterioro; Amiotrofia/Debilidad; Hipo/Hipertonía; Parálisis - Pérdida/ disminución de la sensibilidad - Cojear - Columna vertebral: limitación del movimiento cuello/espalda/extremidades; hernia de disco ⇒ ¿Requiere una evaluación adicional por parte de un Reumatólogo o un Ortopeda?	☐	
4	Sistema neuropsiquiátrico	- Alteración del equilibrio, coordinación o patrón del habla, anomalías sensoriales o posicionales, ataxia. - Orientación, memoria, pérdida de palabra, comportamiento, trastorno mental - Anomalías de los nervios craneales - Reflejos tendinosos profundos simétricos, rotulianos anormales y reflejos de Babinski ⇒ ¿Requiere una evaluación adicional por parte de un Neurólogo o Psiquiatra?	☐	

PRUEBAS DE LABORATORIO (Adjunte una copia de los resultados detallados de laboratorio)

Análisis de tiras de orina	Gravedad específica	Proteína	Sangre	Azúcar

Recuento de células sanguíneas	Química de la sangre (en ayuna)
Hemoglobina..... g/l Hematocrito% VCM m3/celdam Glóbulos rojos/ mm3 Glóbulos blancos..... / mm3 Conteo de Plaquetas ¿Células anormales? <i>especifique el tipo:</i>	Glucemia..... (HBA1C sólo si es diabético: %) ALT (SGPT)–alanina aminotransferasa AST (SGOT)–aspartato aminotransferasa GGT –gamma glutamil transferasa Creatinina sérica o urea Colesterol TOTAL Proporción de colesterol: Triglicéridos:

OTHER EXAMS (every 3 years of if clinically justified) – Please attach a copy of the report

Radiografía de tórax	No ☐	Sí ☐	Hallazgos
----------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------

CONCLUSIONES DEL MÉDICO EXAMINADOR

Resumen:

1. ¿Tiene el personal alguno(s) enfermedad(es) preexistente(s)? ¿Está/están bajo control?
2. ¿Hay alguna afección nueva? En caso afirmativo, indique el diagnóstico:
3. Se han identificado nuevos factores de riesgo?
4. ¿Se ajusta el estado de vacunación al plan nacional del país?
5. Remitiría a este paciente a un especialista médico y, en caso afirmativo, ¿por qué?
6. ¿Hay algún problema que pueda estar relacionado con el lugar de trabajo?

Examinar las conclusiones de los médicos sobre la aptitud para el trabajo:

☐ APTO/A

☐ NO APTO/A

Comentarios o recomendaciones:

Nombre completo del médico examinador:

Firma y sello del médico:

Dirección de correo electrónico:

Correo electrónico:

Fecha del examen:

Tel:

/ / (dd/mm/aaaa)

Para cualquier consulta, póngase en contacto con su Centro de Salud Ocupacional correspondiente basándose en la información que figura a continuación:

Para GS y P staff en África y América

**Para GS y P staff en otras
ubicaciones**

**Para todo el personal de
Ginebra/Sede Central**

Oficial Médico en PANAMA

Oficial Médico en MANILA

Oficial Médico en GENEVA

E-mail:

ohu_panama_medical_clearance@iom.int

E-mail:

OHUMAC@iom.int

E-mail:

OHUGVA@iom.int

Nota: El solicitante deberá conservar los originales, ya que podrán ser solicitados en cualquier momento por el Oficial Médico de la OIM.