



## Sección Normalización

Manual de procedimiento de salud

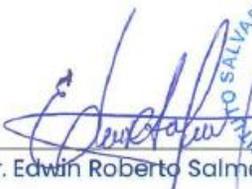
**Gestionar exámenes médicos  
y de laboratorio a  
trabajadores del ISSS según  
riesgos ocupacionales**

# MPS

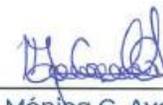
**AUTORIZADO**

**REVISADO:**

**APROBADO:**

F.    
Dr. Edwin Roberto Salmerón \*  
Gerente de Salud

F.    
Licda. Rosa Alba Quintanilla  
Jefatura Unidad de  
Desarrollo Institucional

F.    
Dra. Mónica G. Ayala Guerrero  
Directora General del ISSS





## Contenido

Portada

- I. Propósito
- II. Marco legal y documentos de referencia
- III. Alcance
- IV. Vigencia
- V. Disposiciones Generales
- VI. Desarrollo
- VII. Responsabilidades en la normativa
- VIII. Registros y formularios utilizados en el procedimiento
- IX. Personal que participó en la formulación del documento
- X. Registro de actualización del documento
- XI. Anexos
- XII. Registro de adendas



## I. Propósito

Estandarizar la gestión del Programa de exámenes médicos y de laboratorio a los trabajadores del ISSS, conforme a lo establecido en la Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo, así como en el Reglamento de Gestión de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo.

## II. Marco legal y documentos de referencia

- Constitución de la República de El Salvador. Art. 1, Art. 2, Art. 37, Art. 43, y Art. 65
- Código de trabajo. Art. 31 Literal 10, y Art 315
- Ley General de Prevención de Riesgos en los lugares de Trabajo (mayo 2010). Artículo 8 numeral 6, Art. 63, Art. 79 numeral 18
- Reglamento de gestión de prevención de riesgos en los lugares de trabajo, Art 52
- Reglamento Interno de Trabajo del ISSS (junio 2011), Art. 79 Literal J, Art. 82 Literal D, Art. 98, 99, 100 y 101.

## III. Alcance

Este Manual de Procedimientos es de aplicación obligatoria por todo el personal que labora en las diferentes dependencias el ISSS, sean éstas administrativas o de salud.

## IV. Vigencia

El presente documento normativo tiene un período de vigencia de cinco años a partir de su aprobación y es de estricto cumplimiento.

## V. Disposiciones Generales

1. El Director Médico de cada centro de atención, las diferentes jefaturas, los Comités de Seguridad y Salud Ocupacional, el personal de salud y administrativo en general, en el ámbito de sus competencias, son responsables de la divulgación, del cumplimiento y del control de las disposiciones descritas en la presente normativa.
2. Las autoridades locales antes mencionadas, una vez que hayan divulgado la presente Normativa deberán ponerlos a disposición del personal de su lugar de trabajo, por los medios que les sea apropiado y posible, para consulta y análisis del trabajo a desarrollar.
3. El empleador (máxima autoridad en cada lugar de trabajo) debe gestionar el programa de exámenes médicos y de laboratorio por riesgo ocupacional a los trabajadores del ISSS.



4. El empleador en cada lugar de trabajo debe gestionar el programa con periodicidad entre uno y cinco años.
5. Cada trabajador del ISSS es responsable de asistir y participar en todo lo requerido a fin de que se le realice la evaluación correspondiente al procedimiento toma de exámenes médicos y de laboratorio, para lo cual deberá coordinar con su jefatura inmediata.
6. Para el caso de los formularios con código SAFISSS contenidos en éste documento, se detallará el nuevo código SAFISSS del SAP- S/4 HANA, los formularios que estén impresos con el código anterior SAFISSS se deberán seguir utilizando hasta agotar existencias o hasta que los mismos sean actualizados con el nuevo código.
7. Todo el personal que brinda una atención directa al paciente, debe de identificarse por su nombre y dirigirse de forma cortés y amable.

## VI. Desarrollo

### Procedimiento Gestionar exámenes médicos y de laboratorio a trabajadores del ISSS según riesgos ocupacionales

#### A. Definición

El programa de exámenes médicos y de laboratorio por riesgo ocupacional a trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social se define como una medida preventiva encaminada a preservar la salud de los trabajadores.

#### B. Objetivo

Contribuir a la detección temprana de enfermedades profesionales a partir de la identificación de los riesgos en los puestos de trabajo.

#### C. Desarrollo

##### Lugar de trabajo del ISSS que gestionará la realización de exámenes médicos y de laboratorio a sus trabajadores

##### Comité de Seguridad y Salud Ocupacional

1. Remite identificación de factores de riesgo de los puestos de trabajo al empleador.



Empleador (máxima autoridad del lugar de trabajo)

2. Remite “Solicitud para la realización de exámenes médicos y de laboratorio a trabajadores del ISSS según riesgos ocupacionales” (Anexo 1) a la Dirección del Centro de Atención del ISSS con Médico del Trabajo asignado, solicitándole el referido programa de exámenes médicos y de laboratorio para los trabajadores a su cargo. En caso que el empleador sea el Director del centro de atención que cuenta con médico del trabajo iniciará la ejecución de este procedimiento a partir del Anexo 2.
3. A dicha solicitud le anexa los siguientes formularios:
  - a. Nómina de trabajadores a realizar exámenes médicos y de laboratorio por riesgo ocupacional (en adelante nómina) (anexo 2).
  - b. Listado de exámenes de laboratorio, gabinete y pruebas funcionales por puesto de trabajo (anexo 3).

**Centro de atención con médico del trabajo donde se realizarán los exámenes médicos y de laboratorio**

Director

4. Recibe solicitud y los 2 anexos.
5. Remite la documentación al médico del trabajo de su establecimiento en un plazo máximo comprendido en los siguientes 3 días hábiles. En el caso que el empleador sea el Director del centro de atención con médico del trabajo no es necesario que complete la solicitud o Anexo 1, por lo que solo remitirá ambos anexos.

Médico del Trabajo

6. Recibe y analiza documentación.
7. Define el tipo de estudios a realizar por riesgo laboral conforme la guía: “Exámenes de laboratorio, de gabinete o pruebas funcionales para trabajadores del ISSS” (Anexo 4).
8. Detalla los estudios a realizarse conforme al “Listado de exámenes de laboratorio, gabinete y pruebas funcionales por puesto de trabajo” (Anexo 3), en un plazo máximo de 15 días hábiles.
9. Al tener listo el reporte de exámenes de laboratorio, gabinete y pruebas funcionales, coordina con el Director para que éste convoque a las Jefaturas de Laboratorio, Archivo Clínico, Enfermería, Consulta Externa.
10. En coordinación con las jefaturas antes mencionadas, definen (en un plazo máximo de quince días hábiles subsiguientes) un cronograma de trabajo, precisando la calendarización de las atenciones de primera vez (días y horas en que brindará las atenciones).
11. Remite la Nómina de trabajadores (Anexo 2) a la Jefatura de Archivo Clínico.



#### Archivo Clínico

12. Recibe la Nómina.
13. Asigna las citas a los trabajadores y emite los comprobantes de otorgamiento de citas (boletas), según cronograma.
14. Remite al Médico del Trabajo los comprobantes de otorgamiento de citas, en un plazo máximo de 5 días hábiles.

#### Médico del Trabajo

15. Recibe las boletas de otorgamiento de cita.
16. Remite al empleador con visto bueno del Director del Centro de Atención, en un plazo máximo de 5 días hábiles los comprobantes de otorgamiento de cita de atención médica de primera vez.

### **Lugar de trabajo del ISSS que gestiona el programa de exámenes médicos y de laboratorio**

#### Empleador

17. Recibe los comprobantes de otorgamiento de citas.
18. En un plazo máximo de 3 días hábiles convoca a reunión a las jefaturas de área del lugar de trabajo (incluye jefes y coordinadores de servicios, secciones, departamentos, divisiones, etc.), para informarles sobre la realización de la atención médica de primera vez.
19. Entrega a cada jefatura de área las boletas de otorgamiento de citas.

#### Jefaturas de área

20. Recibe las boletas de otorgamientos de citas.
21. Comunica en un plazo máximo de 3 días hábiles a los trabajadores de su área la realización de la atención médica de primera vez y le entrega a cada uno los comprobantes de otorgamiento de citas.

#### Cada trabajador

22. Recibe la boleta de otorgamiento de cita y firma la lista de asistencia al haber recibido dicha boleta.

#### Jefatura de área

23. Remite al empleador la lista de asistencia, en un plazo máximo de 3 días hábiles.

#### Empleador

24. Archiva Lista de asistencia en los documentos del Programa de Gestión de Prevención de Riesgos Ocupacionales.



## **Centro de atención con médico del trabajo a donde se remitió la solicitud**

### El trabajador

25. Se presenta a la atención médica de primera vez, el día y a la hora indicada en la boleta de otorgamiento de cita.

### El médico del trabajo que brinde la atención médica de primera vez

26. Entrega al trabajador el "Consentimiento informado para ingreso, procedimiento o intervención quirúrgica" (C. SAFISSS 130201002), le explica acerca del procedimiento que se espera realizar, y solicita firme de consentimiento o denegatoria.
27. Realizará anamnesis y examen físico basado en el formulario "Historia clínica médico ocupacional" (Anexo 5).
28. Indica exámenes de laboratorio, gabinete y pruebas funcionales por riesgo laboral, si aplican, de acuerdo al listado de exámenes de laboratorio, gabinete y pruebas funcionales por puesto de trabajo (anexo 3).
29. Indica una segunda cita, si aplica (atención médica de segunda vez), con la finalidad de dar seguimiento a los resultados de los estudios.
30. Si no se identifica problema de salud relacionado con el riesgo ocupacional, la próxima atención médica se definirá de acuerdo a la periodicidad planteada en la Guía: Exámenes de Laboratorio, de gabinete o pruebas funcionales para trabajadores del ISSS (Anexo 4).
31. Si se identifica un problema de salud, no relacionado con el riesgo ocupacional, deberá referir al trabajador con quien corresponda.
32. Si se identifica un problema de salud relacionado con el riesgo ocupacional, y que el puesto de trabajo no haya requerido exámenes de laboratorio, gabinete y pruebas funcionales, le dará al trabajador una cita específicamente para *Evaluación Médico Laboral*.

### Personal de enfermería (o asistente clínico, si aplica)

33. Llena y sella las boletas y referencias, de cada trabajador emitidas por el médico.
34. Orienta al trabajador para que solicite las citas, tanto en el centro de atención, como en otros centros (si fuese el caso).

### El trabajador

35. Solicita las citas de segunda vez, referencias y de los exámenes de laboratorio, estudios de gabinete o pruebas funcionales, tanto en el centro de atención donde fue evaluado como en otro donde se le realizarán dichos estudios.
36. Se presenta el día y la hora señalada a la toma de los estudios indicados.



### **Centro de atención que realiza exámenes**

Recepcionista de laboratorio clínico, estudios de imágenes o pruebas funcionales donde se realizaron dichos estudios

37. Remite los resultados de los exámenes de laboratorio, estudios de gabinete o pruebas funcionales a Archivo Clínico del centro de atención que los solicitó.

### **Centro de atención con médico del trabajo a donde se remitió la solicitud**

Archivo Clínico

38. Anexa los resultados de los análisis al Expediente Clínico del trabajador.

El trabajador

39. Se presenta a la atención médica de segunda vez a la fecha y hora indicada.

Médico del trabajo que brinda la atención médica de segunda vez

40. Revisa y analiza los resultados de exámenes de laboratorio, estudios de gabinete o pruebas funcionales, completando la Historia Clínica Médico Ocupacional (Anexo 5).
41. Si no se identifica problema de salud relacionado con el riesgo ocupacional, orienta al trabajador que la siguiente evaluación será de acuerdo a la periodicidad definida en el programa.
42. Si se identifica un problema de salud, no relacionado con el riesgo ocupacional, deberá referir al trabajador con quien corresponda para la atención de tal condición.
43. Si se identifica un problema de salud relacionado con el riesgo ocupacional, referirá al trabajador en consulta de medicina del trabajo para continuar su evaluación.
44. Durante las atenciones del programa de exámenes médicos y de laboratorio debe registrar en el Listado de trabajadores y resultado de la atención (Anexo 6).

Personal de enfermería (o asistente clínico, si aplica)

45. Llena y sella referencias, de cada trabajador emitidas por el médico.
46. Orienta al trabajador para que solicite las citas de las referencias.

El trabajador

47. Tramita las citas de las referencias.
48. Se presenta a la atención médica en la fecha y hora indicada.

Médico del trabajo

49. Realiza Informe Final (Anexo 7) que incluye:
  - a) Consolidado de las atenciones, según los registrado en Listado de trabajadores y resultados de la atención médica (Anexo 8).
  - b) El resultado y análisis de las atenciones, usando la información contenida en los formularios Historia Clínica Médico Ocupacional (Anexo 6).



50. Remite el Informe Final al empleador con visto bueno del Director del Centro de Atención, en un plazo máximo de 15 días hábiles.

El empleador (máxima autoridad del lugar de trabajo):

51. Recibe el informe final.
52. Entrega una copia del informe al CSSO local, para que se agregue como sustento del elemento 6 del Programa de Gestión de Prevención de los Riesgos Ocupacionales.
53. Realiza la siguiente solicitud conforme a la periodicidad indicada.  
(Ver anexo 8)

## VII. Responsabilidades en la normativa

- El empleador o máxima autoridad de cada lugar de trabajo del ISSS
  - a) Debe gestionar los exámenes médicos y de laboratorio a sus trabajadores
  - b) Realizar las coordinaciones del área de trabajo bajo su responsabilidad a fin de dar cumplimiento al procedimiento.
- Director del centro de atención
  - a) Debe velar por la divulgación y cumplimiento de las disposiciones de la normativa.
  - b) Coordinar la realización de exámenes médicos y de laboratorio de los trabajadores del ISSS que correspondan a su Red de atención.
  - c) Demás responsabilidades descritas en la normativa e inherentes al cargo
- Médico del trabajo.
  - a) Médico del trabajo de los centros de atención es responsable de realizar la evaluación de exámenes médicos y de laboratorio, de los trabajadores del ISSS que correspondan a su Red de atención.
  - b) Capacitar y controlar el cumplimiento de las disposiciones de la normativa.

## VIII. Registros y formularios utilizados en el procedimiento

1. Nómina de trabajadores a realizar exámenes médicos y de laboratorio por riesgo ocupacional. Form 514503 – 061 – 07 – 23.
2. Listado de exámenes de laboratorio, gabinete y pruebas funcionales por puesto de trabajo. Form 514503 – 060 – 07 – 23.
3. Historia clínica médico ocupacional. C. SAFISS 130 201 672.
4. Listado de trabajadores y resultado de la atención médica. Form 514503 – 143 – 09 – 23
5. Informe final de la atención de exámenes médicos por riesgo ocupacional en los lugares de trabajo. Form 514503 – 059 – 07 – 23.

## IX. Personal que participó en la formulación del documento

### Equipo coordinador

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Licda. Renata M. Vásquez	Jefa de Departamento	Depto. Gestión de la Calidad.
Dra. Silvia G. Mendoza	Jefa de Sección	Sección Normalización.
Dr. Jonathan Hernández Somoza	Analista de Desarrollo Institucional	Sección Normalización.

### Equipo que elaboró el documento

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Dr. Jacobo Martínez Estrada	Jefe de Sección	Sección Salud del Trabajo.
Dra. Sandra Bruno	Colaborador Técnico de Salud II	Sección Salud del Trabajo.
Dr. Jorge Lechuga	Colaborador Técnico de Salud II	Sección Salud del Trabajo.

### Equipo que revisó y validó el documento

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Dra. Mónica Nolasco Velasco	Médico del Trabajo	Unida Médica Zacatecoluca
Dr. Rolando Monge Alfaro	Director	Unidad Médica Ilopango
Lic. Oscar Mauricio Valladares	Técnico DACABI	DACABI
Licda. Aracely Trinidad Gamero	Jefe de Distribución	División de Abastecimiento
Licda. María Elena Jovel	Jefe Departamento de Enfermería	Departamento de Enfermería
Dr. José David Granillo Villalta	Médico del trabajo	Salud del trabajo
Dr. Jacobo Martínez Estrada	Jefe de Sección	Sección Salud del Trabajo
Dra. Diana Cabrera de Hercules	Jefa subgerencia	Subgerente servicios operativos de salud
Dr. Osman Mario Amaya	Jefe de sección	Redes Unidades médicas y Clínicas comunales



## X. Registro de actualización del documento

	Manual de procedimiento gestionar exámenes médicos y de laboratorio a trabajadores del ISSS por riesgos ocupacionales.		MPS-006
Modificaciones			
Versión	Fecha	Naturaleza de la modificación	Aprobado
0	Octubre 2023	Manual de procedimiento gestionar exámenes médicos y de laboratorio a trabajadores del ISSS por riesgos ocupacionales.	Dra. Monica Ayala



## XI. Anexos

ANEXO I: Solicitud para la realización de exámenes médicos y de laboratorio a trabajadores del ISSS según riesgos ocupacionales.



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

-----

-----

### SOLICITUD PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS Y DE LABORATORIO A TRABAJADORES DEL ISSS SEGÚN RIESGOS OCUPACIONALES

FECHA: -----

Dr. (a): -----

Director del Centro de Atención ISSS

Por este medio solicito a Ud. La colaboración para realizar el programa de exámenes médicos y de laboratorio a trabajadores del ISSS según riesgos ocupacionales, en el lugar de trabajo de: -----, con el objeto de dar cumplimiento al Art. 8, elemento 6 de La Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo.

Para lo cual adjunto, los siguientes formularios "NOMINA DE TRABAJADORES A QUIENES SE LES REALIZARAN EXÁMENES MÉDICOS Y DE LABORATORIO SEGÚN RIESGOS OCUPACIONALES" y "NÚMERO DE TRABAJADORES POR PUESTO DE TRABAJO A QUIENES SE LES REALIZARAN EXÁMENES MÉDICOS Y DE LABORATORIO SEGÚN RIESGOS OCUPACIONALES".

Esperando contar con su valioso apoyo al respecto.

Cordialmente,

-----

Empleador (máxima autoridad del lugar de trabajo)





ANEXO 4: Guía: EXÁMENES DE LABORATORIO, DE GABINETE O PRUEBAS FUNCIONALES PARA TRABAJADORES DEL ISSS

<b>INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL</b> GERENCIA DE SALUD EXÁMENES DE LABORATORIO, DE GABINETE O PRUEBAS FUNCIONALES PARA TRABAJADORES DEL ISSS			
TIPO DE RIESGO	EFFECTOS DE LOS RIESGOS EN LA SALUD (CRÓNICOS)	EXÁMENES MÉDICOS Y DE GABINETE	PERIODICIDAD
<b>FACTORES DE RIESGO DISERGONOMICOS</b>			
<b>POSTURAS INCOMODAS O FORZADAS</b>			
Las manos por encima de la cabeza (*)	Lesiones de hombro y columna cervical	Anamnesis y evaluación física general orientada a la detección de las patologías citadas	Anual
Codos por encima del hombro (*)	Lesiones de hombro	Anamnesis y evaluación física general orientada a la detección de las patologías citadas	Anual
Espalda inclinada hacia adelante más de 30 grados (*)	Lesión de columna vertebral (lumbar)	Anamnesis y evaluación física general orientada a la detección de las patologías citadas	Anual
Espalda en extensión más de 30 grados (*)	Lesión de columna vertebral (lumbar)	Anamnesis y evaluación física general orientada a la detección de las patologías citadas	Anual
Cuello doblado / girado más de 30 grados (*)	Lesión de columna vertebral (cervical)	Anamnesis y evaluación física general orientada a la detección de las patologías citadas	Anual
Estando sentado, espalda inclinada hacia adelante más de 30 grados (*)	Lesión de columna vertebral (cervical)	Anamnesis y evaluación física general orientada a la detección de las patologías citadas	Anual
Estando sentado, espalda girada o lateralizada más de 30 grados (*)	Lesión de columna vertebral (lumbar)	Anamnesis y evaluación física general orientada a la detección de las patologías citadas	Anual
De cuclillas (*)	Bursitis pre rotuliana, lesiones de meniscos	Anamnesis y evaluación física general orientada a la detección de las patologías citadas	Anual



De rodillas (*)	Bursitis pre rotuliana, lesiones de meniscos	Anamnesis y evaluación física general orientada a la detección de las patologías citadas	Anual
<b>LEVANTAMIENTO DE CARGA FRECUENTE</b>			
40 kg. una vez / día (*) - 5 Kg más de doce veces/hora (*) - 5 Kg más de dos veces / minuto (*) - menos de 3 Kg más de cuatro veces / minuto (*)	Lesiones musculo esqueléticas, más sensible miembros superiores (hombros, manos y brazos) y espalda (dorso-lumbar) (Hernias discales, lumbalgias, ciática, dolores musculares, protrusiones discales, distensión muscular y lesiones discales)	Anamnesis y evaluación física general orientada a la detección de las patologías citadas	Anual
<b>ESFUERZO DE MANOS Y MUÑECAS</b>			
Si se manipula y sujeta en pinza un objeto de más de 1 kg. (*)	Tenosinovitis de la estiloides radial, tenosinovitis crónica de la mano y muñeca	Anamnesis y evaluación física general orientada a la detección de las patologías citadas	Anual
Si las muñecas están flexionadas, en extensión, giradas o lateralizadas	Túnel del carpo, tenosinovitis de la estiloides radial,	Anamnesis y evaluación física general orientada a la detección de las patologías citadas	Anual
haciendo un agarre de fuerza (*)	Tenosinovitis de la estiloides radial, tenosinovitis crónica de la mano y muñeca	Anamnesis y evaluación física general orientada a la detección de las patologías citadas	Anual
Si se ejecuta la acción de atornillar de forma intensa (*)	Lesión tendinosa de la mano y muñeca	Anamnesis y evaluación física general orientada a la detección de las patologías citadas	Anual
<b>MOVIMIENTOS REPETITIVOS CON ALTA FRECUENCIA</b>			
El trabajador repite el mismo movimiento muscular más de 4 veces/min, en los siguientes grupos musculares: cuello, hombros, codos, muñecas y manos (*)	Tendinitis, bursitis y síndromes de atrapamiento nervioso	Anamnesis y evaluación física general orientada a la detección de las patologías citadas	Anual



IMPACTO REPETIDO			
Usando manos o rodillas como un martillo más de 10 veces por hora (*)	Manos: síndrome del martillo hipotenar, síndrome del canal de Guyón, Síndrome del túnel carpiano. Rodilla: Bursitis pre rotuliana, lesión de meniscos.	Anamnesis y evaluación física general orientada a la detección de las patologías citadas	Anual
VIBRACIÓN DE BRAZO-MANO DE MODERADA ALTA			
Nivel moderado: más de 30 minutos/día- Nivel alto: más de 2 horas/día	Alteraciones vasculares, neurológicas y musculo esqueléticas	Anamnesis y evaluación física general orientada a la detección de las patologías citadas	Anual
(*) más de dos horas en total por día			
Uso de pantalla de visualización de datos: Trabajadores usuarios de equipos con pantalla de visualización: Si superan las 4 horas diarias de trabajo enfrente de PVD o si superan 20 horas semanales de trabajo efectivo con dichos equipos.	Fatiga visual, trastornos musculo esqueléticos, fatiga mental	Anamnesis y evaluación física general orientada a la detección de las patologías citadas, realizar agudeza visual	Anual
FACTORES DE RIESGOS FISICOS			
Ruido	Deterioro de la audición	Audiometría	85 dBA: cada 5 años, >140: dBA cada año
Vibraciones	Trastornos de músculos, tendones, huesos, articulaciones, vasos sanguíneos periféricos o nervios periféricos	Anamnesis y evaluación física general orientada a la detección de las patologías citadas	Anual



Radiaciones ionizantes	daños en sistema hematopoyético, sistema inmune, sistema gastrointestinal, piel, gónadas, pulmón, cristalino.	Hemograma completo, FSP, EGO, creatinina	Anual
Radiaciones ópticas (ultravioleta, luz visible, infrarroja)	Lesiones en piel (eritema) y ojo (retina)	Anamnesis y evaluación física general orientada a la detección de las patologías citadas	Anual
Exposición a frío o calor	Lesiones en piel, efectos respiratorios, efectos cardiovasculares	Anamnesis y evaluación física general orientada a la detección de las patologías citadas	Anual
<b>FACTORES DE RIESGO QUIMICOS</b>			
Agentes anestésicos inhalatorios	Trastornos de la visión, síntomas neurológicos, síntomas de enfermedad hepática o renal, infertilidad o esterilidad	Agudeza visual, Creatinina, TGO, TGP, EGO; Fosfatasa alcalina, LDH	Anual
Agentes citostáticos: Exposición alta: profesionales que trabajan habitualmente manipulando citostáticos, personal encargado en la preparación y administración del medicamento, personal de la limpieza de la cabina de seguridad biológica de flujo laminar. Los profesionales que trabajan en las plantas de hematología, oncología y hospital de día.	Hepatotoxicidad, nefrotoxicidad, reacciones de hipersensibilidad inmediata, alteraciones del sistema inmune y hematopoyético, alteraciones reproductivas como infertilidad o abortos espontáneos, cardiotoxicidad, neurotoxicidad	TGO, TGP, Hemograma, Creatinina, Nitrógeno Ureico, LDH, Fosfatasa alcalina y Electrocardiograma (si aplica).	Anual
Formaldehído	Cáncer nasofaríngeo, cáncer cerebro, leucemia, lesiones riñón e hígado	Hemograma completo, FSP, EGO, creatinina, TGO, TGP	Anual
Disolventes y otros compuestos a base de hidrocarburos	Alteraciones en órganos o sistemas específicos como el riñón, el hígado, el	Hemograma completo, FSP, EGO, creatinina, TGO, TGP, fosfatasa alcalina, Electrocardiograma y Rayos X de tórax.	Anual



	corazón o los pulmones, médula ósea, dermatosis o eczema, cáncer		
Procesos de soldadura y naturaleza de los humos metálicos (Cr, Ni, Mn, Pb, otros)	Perforación de tabique nasal, dermatitis de contacto, cancerígeno de pulmón, tubulopatía proximal	EGO, creatinina,	Anual
Sustancias para limpieza en general. (Detergentes, Lejía y Desinfectantes)	Dermatitis de contacto	Anamnesis y evaluación física general orientada a la detección de las patologías citadas	Anual
Látex	Dermatitis de contacto, asma ocupacional	Anamnesis y evaluación física general orientada a la detección de las patologías citadas	Anual
<b>FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO</b>			
Virus (Hepatitis B, C, D, E, A), VIH, SARS (personal de salud)	Infección ocupacional	Antígeno de superficie hepatitis A (HBsAg) , Anticuerpos IgM contra el virus de la hepatitis A ( HA Ab-IgM), Anticuerpos contra la hepatitis C (HC Ab); Anticuerpos VIH, PCR-RT (SARS CoV-2)	Anual
polvo orgánico ( Trabajador laboratorio)	Bronquitis crónica, asma	Espirometría	cada tres años



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DE SALUD  
HISTORIA CLÍNICA MÉDICO OCUPACIONAL**

Centro de Atención: \_\_\_\_\_ Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**I. DATOS DEL LUGAR DE TRABAJO**

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección del lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Area de Trabajo: \_\_\_\_\_

Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_ Cargo según contrato: \_\_\_\_\_

**II. DATOS DEL TRABAJADOR**

Nombre: \_\_\_\_\_

Nº de Afiliación: \_\_\_\_\_ Nº de DUI: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años Sexo: M  F

DUI: \_\_\_\_\_ Estado civil: Soltero  Casado  Acompañado  Divorciado  Viudo

Dirección particular: \_\_\_\_\_

Cargo actual: \_\_\_\_\_ Tiempo de laborar en la empresa \_\_\_\_\_ Tiempo de laborar en el puesto de trabajo \_\_\_\_\_

**III. ANTECEDENTES LABORALES PREVIOS**

Puesto de trabajo anterior	Funciones o tareas	Riesgos del puesto	Tiempo de permanencia

**IV. FACTORES DE RIESGO REPORTADOS SEGÚN PUESTO DE TRABAJO**

Tareas	Factores de riesgo laboral			
	Físicos	Químicos	Biológicos	Disergonomicos



V. ANTECEDENTES FAMILIARES (PADRE, MADRE, ABUELOS, HERMANOS, TIOS)		VI. ANTECEDENTES PERSONALES					
En su familia hay casos de		Parentesco		HÁBITOS			
Cáncer	<input type="checkbox"/>			Fumar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Consumo de alcohol <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Drogas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>			Cantidad:	Cantidad:	Tipo:	
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>			Tiempo de consumo:	Tiempo de consumo:	Tiempo de consumo:	
Alergia	<input type="checkbox"/>			DEPORTES PRACTICADOS			
Asma Bronquial	<input type="checkbox"/>			Tipo	Tiempo	Lesiones	
Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>						
Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/>						
Neuropatía	<input type="checkbox"/>			EJERCICIOS (tipo/frecuencia)			
Epilepsia	<input type="checkbox"/>						
Migraña	<input type="checkbox"/>						
VII. ANTECEDENTES MEDICO - PERSONAL- LABORALES							
ESQUEMA DE VACUNACIÓN				Si	No	N° de dosis	Fecha de última dosis
Sarampión, rubeola y parotiditis* (vacuna triple vírica)							DD MM AA
Tétanos y difteria (Td)							DD MM AA
Hepatitis B							DD MM AA
Varicela							DD MM AA
Influenza							DD MM AA
COVID 19							DD MM AA
ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES							
Padece o ha padecido de:							
Alergia	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la próstata	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de los riñones	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la circulación	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del sistema nervioso	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la vejiga	<input type="checkbox"/>
Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del hígado y vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	Trastornos gastrointestinales crónicos	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	Neuropatía	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la piel	<input type="checkbox"/>	Trastornos musculoesquelético	<input type="checkbox"/>
Detalle la enfermedad y el tratamiento recibido o actual:							
ANTECEDENTES GINECOLOGICOS: EXCLUSIVO DEL SEXO FEMENINO							
Información sobre:		Enfermedades	Si	No	Diagnóstico	Tratamiento	
Embarazo	<input type="checkbox"/> Meses:	Mamas					
Lactancia	<input type="checkbox"/> Meses:	Ovarios					



Información sobre:	Enfermedades	Si	No	Diagnóstico	Tratamiento
Abortos <input type="checkbox"/> Número:	Útero				
Hijos <input type="checkbox"/> Número:	Anexos				
Fecha de ultimo PAP:	DD	MM	AA		

HISTORIAL DE HOSPITALIZACIONES PREVIAS					
Causa o motivo	Fecha			Secuelas	
	DD	MM	AA		
	DD	MM	AA		
	DD	MM	AA		

HISTORIAL INCAPACIDADES DE UN AÑO PREVIO	
Diagnóstico	Días de incapacidad

HISTORIAL DE ACCIDENTE DE TRABAJO, ENFERMEDAD PROFESIONAL, RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES					
Tipo	Fecha			Secuelas / Diagnostico	
Accidente de trabajo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	DD	MM	AA		
Certificación de enfermedad profesional <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	DD	MM	AA		
Recomendación Médico Laboral <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	DD	MM	AA		

**VIII. EVALUACIÓN MÉDICA (Describe los síntomas asociados a la actividad laboral)**

Anamnesis

Examen físico					
Peso	Talla	I.M.C.	P.A.	F.C	F.R.

Apariencia

Por sistemas			
(Marque con un (x) si existe o no lesiones, en caso de ser afirmativo describa los signos)			
Organos	Si	No	Detalles
Cabeza			
Cuello			
Tórax			
Abdomen			



Organo o sistemas	Si	No	Detalle
Columna vertebral			
Extremidades Superiores			
Extremidades Inferiores			
Neurológico			
Piel y faneras			
Diagnóstico(s) de enfermedad común CIE-10	Sospecha de Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

IX. PRIMER PLAN MÉDICO OCUPACIONAL			
Pruebas según perfil de exposición	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Referencia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Detalles:		Detalle Especialidad:	
Consulta o seguimiento subsecuente			
_____ Meses	<input type="checkbox"/> 1 año	<input type="checkbox"/> 3 años	<input type="checkbox"/> 5 años

X. SEGUIMIENTO 2° ATENCIÓN MÉDICA	FECHA:
-----------------------------------	--------

Reporte de resultados de pruebas indicadas según perfil de exposición, describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Análisis  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

XI. SEGUNDO PLAN MÉDICO OCUPACIONAL	
Referencia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Detalle Especialidad:	
Sospecha de enfermedad profesional	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Seguimiento según periodicidad:	

_____ Nombre, firma y sello del Médico evaluador 1° Consulta	_____ Nombre, firma y sello del Médico evaluador 2° Consulta
---	---



ANEXO 6: Listado de trabajadores y resultado de la atención médica. Form. 514503 – 143 – 09 – 23.

**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DE SALUD**  
**LISTADO DE TRABAJADORES Y RESULTADO DE LA ATENCIÓN MÉDICA**

CENTRO DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

N°	DUI/AFILIACIÓN	PUESTO DE TRABAJO/ÁREA	EDAD	SEXO	1° vez	2° vez	DIAGNÓSTICO PROBABLE ENFERMEDAD OCUPACIONAL	RESULTADO DE LA ATENCIÓN MÉDICA			
								SEGUIMIENTO	PERIODICIDAD (Años)	REFERIDO A MEDICINA DEL TRABAJO	REFERIDO A OTRA ESPECIALIDAD (DETALLE)
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

Firma y sello del Médico del Trabajo

Form. 514503-143-09-23



ANEXO 7: Informe final de la atención de exámenes médicos por riesgo ocupacional en los lugares de trabajo. Form. 514503 – 059 – 07 – 23.

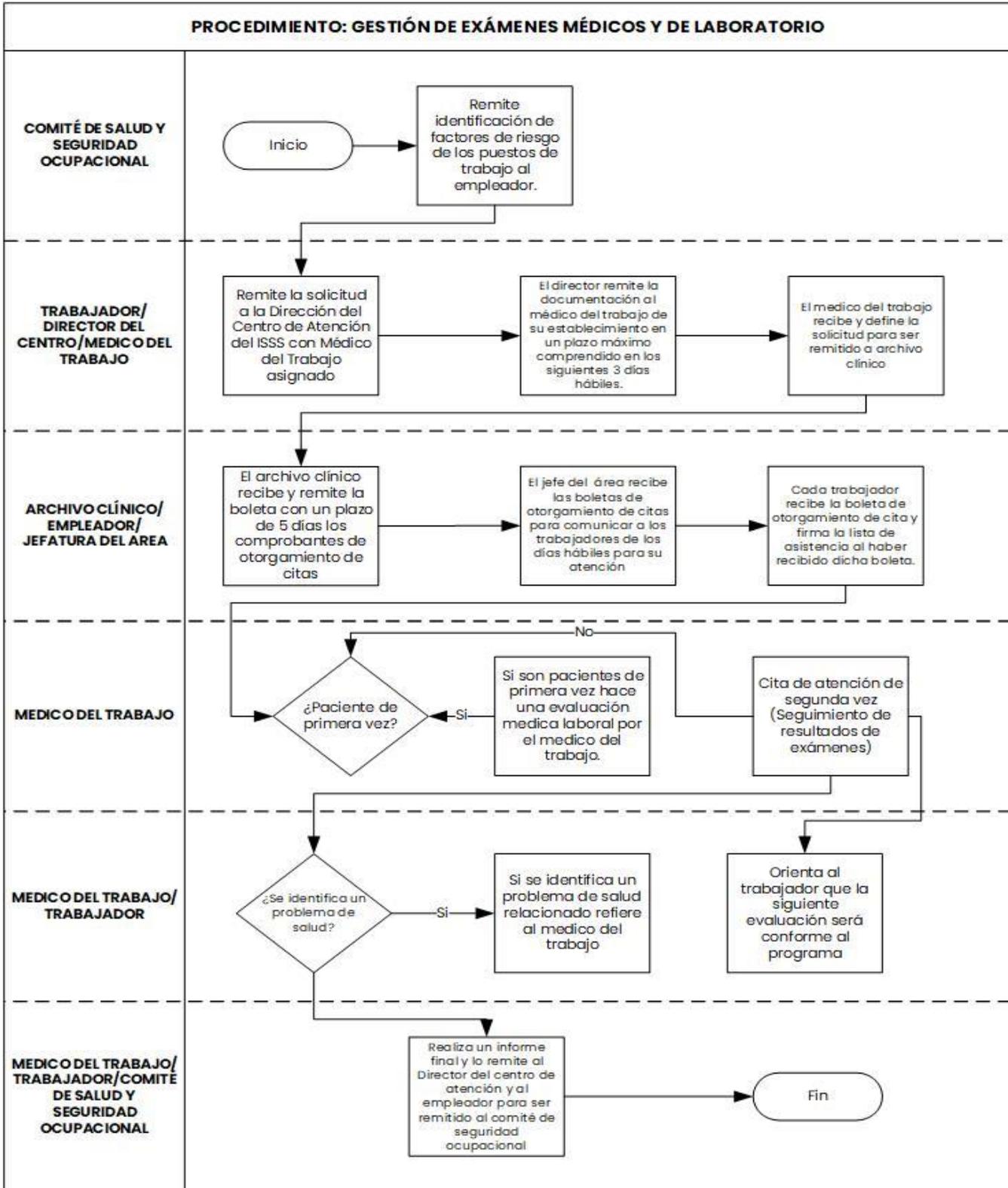


**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DE SALUD**  
**INFORME FINAL DE LA ATENCIÓN DE EXAMENES MÉDICOS POR RIESGO OCUPACIONAL**  
**EN LOS LUGARES DE TRABAJO**

<b>Lugar de trabajo</b>				<b>Nombre de la máxima autoridad del lugar de trabajo</b>				
<b>Fecha elaboración del informe</b>		<b>Fecha inicio de las atenciones médicas</b>		<b>Fecha finalización de las atenciones médicas</b>				
<b>Total de trabajadores del lugar de trabajo</b>				<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>		
<b>Total de trabajadores evaluados consulta de 1ª vez</b>				<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>		
<b>Total de trabajadores evaluados consulta de 2ª vez</b>				<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>		
<b>Total de trabajadores con certificación de discapacidad</b>				<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>		
<b>Total de trabajadoras embarazadas</b>		<b>Total de trabajadores adulto mayor</b>		<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>		
<b>Total de trabajadores sanos</b>				<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>		
<b>Diagnóstico probable de enfermedad ocupacional y número de trabajadoras y trabajadores</b>								
<b>Nº</b>	<b>Diagnóstico probable de enfermedad ocupacional</b>			<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
<b>Especialidad y número de trabajadoras y trabajadores referidos (Fisiatría, ortopedia, neumología, neurología, medicina del trabajo, entre otras.)</b>				<b>INMUNIZACIONES</b>		<b>TOTAL</b>		<b>Total</b>
<b>Nº</b>	<b>Especialidad</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>	
1								
2					Tétano y difteria (Td)			
3					Influenza			
4					COVID-19			
5					Hepatitis B			
6					Neumococo			
7								
8								
9								
10								
Nombre, firma y sello del médico responsable del informe				Nombre, firma y sello del médico Director del centro de atención				



ANEXO 8: Flujograma de proceso Gestionar exámenes médicos y de laboratorio a Trabajadores del ISSS según riesgos ocupacionales





## XII. Registro de adendas

	Manual de procedimiento gestionar exámenes médicos y de laboratorio a trabajadores del ISSS según riesgos ocupacionales.		MPS-006
Adenda			
# Adenda	Fecha	Detalle de la modificación	Aprobado
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			