



## EXAMEN MEDICO PARA EL CANDIDATO A PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO

**B.1** El médico encargado de la vigilancia médica deberá detallar en un escrito libre lo siguiente:

**B.1.1** Un resumen de los resultados de los siguientes aspectos específicos:

<b>B.1.1.1</b>	Antecedentes familiares (AF).	
<b>B.1.1.2</b>	Antecedentes personales no patológicos (APNP):	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vacunas que le han aplicado.</li> <li>- Serotipia (sífilis y hepatitis).</li> </ul>
<b>B.1.1.3</b>	Antecedentes personales patológicos (APP):	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infecciosas.</li> <li>- Alergias (manifestaciones y agentes causantes, si se conocen).</li> <li>- Accidentes y/o enfermedades de trabajo relevantes al trabajo que vaya a desempeñar.</li> <li>- Intervenciones quirúrgicas (fecha).</li> <li>- Otras</li> </ul>
<b>B.1.1.4</b>	Signos vitales, Interrogatorio y exploración por aparatos y sistemas:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Talla.</li> <li>- Peso.</li> <li>- Tensión Arterial (TA).</li> <li>- Frecuencia Respiratoria (FR).</li> <li>- Temperatura – Pulso.</li> <li>- Aparato circulatorio.</li> <li>- Oftálmico, con especial atención en la agudeza visual lejana y cercana, y la cromática.</li> <li>- Cavidad oral y dentadura, hemias y organomegalias.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Otorrinolaringológico.</li> <li>- Aparato respiratorio.</li> <li>- Aparato cardiovascular.</li> <li>- Abdomen.</li> <li>- Aparato locomotor y capacidad mioarticular.</li> <li>- Sistema nervioso (sensibilidad, tacto, equilibrio, reflejos osteotendinosos, etc.).</li> <li>- Dermatológico.</li> <li>- Sistema genito – urinario.</li> </ul>
<b>B.1.1.5</b>	Exámenes de laboratorio que comprendan:	<p><b>a) Grupo sanguíneo y RH</b></p> <p><b>Serie Roja</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recuento de hematies.</li> <li>- Cifra de hemoglobina.</li> <li>- Valor globular.</li> <li>- Valor hematócrito.</li> <li>- Alteraciones morfológicas de la serie roja.</li> </ul> <p><b>Serie Blanca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recuento de leucocitos.</li> <li>- Fórmula leucocitaria.</li> <li>- Alteraciones morfológicas.</li> <li>- Presencia de formas jóvenes.</li> </ul> <p><b>Serie Trombocitaria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recuento de plaquetas.</li> </ul> <p><b>b) Pruebas Bioquímicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Urea.</li> <li>- Glucosa.</li> <li>- Acido úrico.</li> <li>- Creatinina.</li> </ul>

**B.1.2** Normalidad psíquica.

**B.1.3** Agudeza de los sentidos y facilidad de expresión para poder transmitir de una forma rápida y precisa, comunicaciones habladas o escritas o cualquier señal, sea táctil, audible o visible.

**B.1.4** Normalidad física de las partes motoras, esenciales para desempeñar su actividad profesional con destreza de movimientos que permitan alcanzar rápidamente los accesos y ejecutar las funciones asignadas.

**B.2** Si el médico considera necesario practicar estudios complementarios, éstos se deben realizar con base en: puesto de trabajo, antecedentes de exposición a radiaciones ionizantes, edad y estado de salud del candidato.

---

Nombre, firma y cédula profesional del médico

## APENDICE C (Normativo)

### EXAMEN PERIODICO

C.1 El médico encargado de la vigilancia médica deberá detallar en un escrito libre lo siguiente:

C.1.1 Un resumen de los resultados de los siguientes aspectos específicos:

<p>C.1.1.1 Signos vitales, Interrogatorio y exploración por aparatos y sistemas:</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Talla.</li><li>- Peso.</li><li>- Tensión Arterial (TA).</li><li>- Frecuencia Respiratoria (FR).</li><li>- Temperatura – Pulso.</li><li>- Aparato circulatorio.</li><li>- Oftálmico, con especial atención en la agudeza visual lejana y cercana, y la cromática.</li><li>- Cavidad oral y dentadura, hernias y organomegalias.</li><li>- Otorrinolaringológico.</li><li>- Aparato respiratorio.</li><li>- Aparato cardiovascular.</li><li>- Abdomen.</li><li>- Aparato locomotor y capacidad mioarticular.</li><li>- Sistema nervioso (sensibilidad, tacto, equilibrio, reflejos osteotendinosos, etc.).</li><li>- Dermatológico.</li><li>- Sistema genito – urinario.</li></ul>
<p>C.1.1.2 Exámenes de laboratorio que comprendan:</p>	<p>a) Grupo sanguíneo y RH</p> <p><b>Serie Roja</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Recuento de hematies.</li><li>- Cifra de hemoglobina.</li><li>- Valor globular.</li><li>- Valor hematócrito.</li><li>- Alteraciones morfológicas de la serie roja.</li></ul> <p><b>Serie Blanca</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Recuento de leucocitos.</li><li>- Fórmula leucocitaria.</li><li>- Alteraciones morfológicas.</li><li>- Presencia de formas jóvenes.</li></ul> <p><b>Serie Trombocitaria</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Recuento de plaquetas.</li></ul> <p>b) Pruebas Bioquímicas</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Urea.</li><li>- Glucosa.</li><li>- Acido úrico.</li><li>- Creatinina.</li></ul>

C.1.2 Una nota de actualización clínica.

C.2 Si el médico considera necesario practicar estudios complementarios, éstos se deben realizar con base en: puesto de trabajo, antecedentes de exposición a radiaciones ionizantes, edad y estado de salud del POE.

C.3 El Encargado de Seguridad Radiológica deberá detallar en un escrito libre lo siguiente:

- C.3.1 Historial dosimétrico del POE, describiendo la dosimetría externa, dosimetría interna, dosis anuales, dosis acumulada en su vida laboral, relación de sobre-exposiciones recibidas, relación de casos donde se hubiera superado niveles de intervención, análisis de posibles exposiciones recibidas como consecuencia de su trabajo o por motivos médicos, especificando en lo posible: causa, dosis recibida, zona expuesta y manifestaciones clínicas observadas. En caso de POE de instalaciones donde no se estableciera requisito de dosimetría, se deberán indicar las dosis anuales estimadas, y en su caso antecedentes de estudios diagnósticos o tratamientos con radiaciones ionizantes (en caso de conocer la dosis impartida, indicarla)
- C.3.2 Tipos de radiaciones a las que está actualmente expuesto, tipos de fuentes con las que trabaja actualmente e indicar el equivalente de dosis efectiva anual en mSv, un análisis del tipo de trabajo que ha estado realizando, riesgos a los que ha estado sometido como consecuencia del mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y cédula profesional del médico

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Encargado de Seguridad Radiológica o del Representante Legal

**APENDICE D (Normativo)**  
**CERTIFICADO MEDICO**

Espacio para el nombre del Servicio Médico o del Médico encargado de la vigilancia médica. Dirección completa y teléfono de contacto.			
Lugar:		Fecha:	
Nombre: Apellido paterno		Apellido materno	Nombre
Se le ha realizado el examen médico: <input type="checkbox"/> De ingreso <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Especial <input type="checkbox"/> Otro examen (especificar):			
Quién es <input type="checkbox"/> / será <input type="checkbox"/> considerado personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes en la empresa o compañía:  <p style="text-align: center;">(Nombre o denominación social del titular de la licencia, autorización o permiso)</p>			
Con base en la información clínica obtenida y al historial laboral disponible, se califica al interesado como clínicamente: <input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> No apto <input type="checkbox"/> Apto en determinadas condiciones			
En los casos de "Apto en determinadas condiciones", indicar las condiciones específicas de conformidad con lo establecido en el numeral 5 de esta norma:			
Nombre del médico y cédula profesional		Firma del médico	