



**INFORME DE EVALUACIÓN MÉDICA**

Nombre y Apellido del/a Trabajador/a:	FECHA:
D.N.I.:	
Médico/a de Parte: (Consignar Nombre y Matrícula Profesional)	
Médico/a Veedor de ART: (Consignar Nombre y Matrícula Profesional)	
Región/es que se solicitó evaluar:	

**EXAMEN FÍSICO**

**OSTEOARTICULAR - COLUMNA VERTEBRAL**

**COLUMNA CERVICAL:** Tono muscular: conservado. Trofismo muscular: conservado. Fuerza muscular: conservada. Reflejo tricipital derecho: normal. Reflejo bicipital derecho: normal. Reflejo estiloradial derecho: normal. Reflejo tricipital izquierdo: normal. Reflejo bicipital izquierdo: normal. Reflejo estiloradial izquierdo: normal. Movilidad: Flexión: 0° - 30°. Extensión: 0° - 30°. Rotación Derecha: 0° - 40°. Rotación Izquierda: 0° - 40°. Inclinación Derecha: 0° - 30°. Inclinación Izquierda: 0° - 30°.

**COLUMNA DORSOLUMBAR:** Tono muscular: conservado. Trofismo muscular: conservado. Fuerza muscular: conservada. Reflejo patelar derecho: normal. Reflejo aquiliano derecho: normal. Reflejo patelar izquierdo: normal. Reflejo aquiliano izquierdo: normal. Signo de Lasegue derecho: negativo. Signo de Wasserman derecho: negativo. Signo de Lasegue izquierdo: negativo. Signo de Wasserman izquierdo: negativo. Movilidad: Flexión: 0° - 90°. Extensión: 0° - 30°. Rotación Derecha: 0° - 30°. Rotación Izquierda: 0° - 30°. Inclinación Derecha: 0° - 20°. Inclinación Izquierda: 0° - 20°.

**OSTEOARTICULAR - MIEMBRO SUPERIOR**

**HOMBRO DERECHO / IZQUIERDO:** Edema: no presenta. Temperatura: conservada. Trofismo muscular: conservado. / . Movilidad: Abdoelevación: 0° - 150°. Aducción: 0° - 30°. Elevación anterior: 0° - 150°. Elevación posterior: 0° - 40°. Rotación interna: 0° - 40°. Rotación externa: 0° - 90°.

**BRAZO DERECHO / IZQUIERDO:** Edema: no presenta. Temperatura: conservada. Trofismo muscular: conservado. / .

**CODO DERECHO / IZQUIERDO:** Edema: no presenta. Temperatura: conservada. Trofismo muscular: conservado. / . Movilidad: Flexión: 150°. Extensión: 0°. Pronación: 0° - 80°. Supinación: 0° - 80°.

**ANTEBRAZO DERECHO / IZQUIERDO:** Edema: no presenta. Temperatura: conservada. Trofismo muscular: conservado. / .

**MUÑECA DERECHA / IZQUIERDA:** Edema: no presenta. Temperatura: conservada. Trofismo muscular: conservado. / . Signo de Tinel: negativo. Signo de Phalen: negativo. Movilidad: Flexión palmar: 0° - 70°. Flexión dorsal: 0° - 60°. Desviación cubital: 0° - 30°. Desviación radial: 0° - 20°.

**MANO DERECHA / IZQUIERDA:** Edema: no presenta. Temperatura: conservada. Pliegues palmares: conservados. Pliegues dorsales: conservados. Trofismo muscular: conservado. / . Movilidad: Dedo pulgar: CMC: Extensión: 0° - 30° / Flexión: 0° - 15°. MTCTF: 0° - 60°. IF: 0° - 80°. Dedo índice: MTCTF: 0° - 90°. IFP: 0° - 100°. IFD: 0° - 70°. Dedo mayor: MTCTF: 0° - 90°. IFP: 0° - 100°. IFD: 0° - 70°. Dedo anular: MTCTF: 0° - 90°. IFP: 0° - 100°. IFD: 0° - 70°. Dedo meñique: MTCTF: 0° - 90°. IFP: 0° - 100°. IFD: 0° - 70°.



**PULGAR DERECHO/ IZQUIERDO:** Edema: no presenta. Temperatura: conservada. Pliegues palmares: conservados. Pliegues dorsales: conservados Movilidad: CMC: Extensión: 0° - 30° / Flexión: 0° - 15°. MTCTF: 0° - 60°. IF: 0° - 80°.

**DEDO XXX DERECHO/ IZQUIERDO:** Edema: no presenta. Temperatura: conservada. Pliegues palmares: conservados. Pliegues dorsales: conservados MTCTF: 0° - 90°. IFP: 0° - 100°. IFD: 0° - 70°.

### OSTEOARTICULAR - MIEMBRO INFERIOR

Consignar en todas las evaluaciones de MMII:

1. Acortamiento del miembro en caso de corresponder:
2. Longitud M.M.I.I. (desde EIAS hasta maléolo interno): derecho: \_\_\_ cm, izquierdo: \_\_\_ cm.

**CADERA DERECHA / IZQUIERDA:** Edema: no presenta. Temperatura: conservada. Trofismo muscular: conservado. /. Movilidad: Flexión: 0°- 100°. Extensión: 0° - 30°. Rotación externa: 0° - 50°. Rotación interna: 0° - 40°. Abducción 0° - 40°. Aducción 0° - 20°.

**MUSLO DERECHO / IZQUIERDO:** Edema: no presenta. Temperatura: conservada. Trofismo muscular: conservado. /.

**RODILLA DERECHA / IZQUIERDA:** Marcha eubásica. Temperatura: conservada. Perimetría cuadrícipital a siete centímetros del reborde rotuliano superior: derecha: \_\_\_ cm, izquierda: \_\_\_ cm. Choque rotuliano: negativo. Movilidad: Flexión: 150°. Extensión: 0°. Cajón anterior: negativo. Cajón posterior: negativo. Bostezo interno: negativo. Bostezo externo: negativo. Signos meniscales: negativos.

**TOBILLO DERECHO / IZQUIERDO:** Edema: no presenta. Temperatura: conservada. Trofismo muscular: conservado. /. Movilidad: Flexión dorsal: 0°- 20°. Flexión plantar: 0°- 40°. Inversión: 0° - 30°. Eversión: 0° - 20°.

**PIERNA DERECHA / IZQUIERDA:** Edema: no presenta. Temperatura: conservada. Trofismo muscular: conservado. /.

**PIE DERECHO / IZQUIERDO:** Edema: no presenta. Temperatura: conservada. Trofismo muscular: conservado. /. Movilidad: 1° dedo: MTTF: Flexión dorsal: 0° - 30° / Flexión plantar: 0° - 30°. IF: Flexión: 0° - 30°. 2° dedo: MTTF: movilidad conservada. IFP: movilidad conservada. 3° dedo: MTTF: movilidad conservada. IFP: movilidad conservada. 4° dedo: MTTF: movilidad conservada. IFP: movilidad conservada. 5° dedo: MTTF: movilidad conservada. IFP: movilidad conservada.

**HALLUX DERECHO / IZQUIERDO:** Edema: no presenta. Temperatura: conservada. Trofismo muscular: conservado. /. Movilidad: 1° dedo: MTTF: Flexión dorsal: 0° - 30° / Flexión plantar: 0° - 30°. IF: Flexión: 0° - 30°.

**DEDO XXX DERECHO / IZQUIERDO:** Edema: no presenta. Temperatura: conservada. Trofismo muscular: conservado. /. Movilidad: MTTF: movilidad conservada. IFP: movilidad conservada.

### OSTEOARTICULAR – AMPUTACIONES

Datos mínimos a consignar en caso de amputación:

Nivel de amputación:

Cicatriz quirúrgica: no dolorosa a la palpación, sin protrusiones óseas.

Muñón: buen revestimiento cutáneo. En el caso que se encuentre equipado con prótesis:

Estado de la prótesis: óptimo // desgastada.

Cono de enchufe: adecuado // inadecuado.



**NERVIOS PERIFÉRICOS**

Nervio evaluado:

Componente Sensitivo: (Escala S)

Componente Motor: (Escala M)

Trofismo muscular (consignar perimetrías):

Reflejos Osteotendinosos:

**PIEL**

**CICATRICES EN ROSTRO**

**CUERO CABELLUDO**

Cicatriz cubierta, en zona pilosa, de \_\_\_ cm., en región \_\_\_

Cicatriz descubierta, en zona pilosa, de \_\_\_ cm., en región \_\_\_

Scalp de cuero cabelludo, en zona pilosa, con pérdida parcial del mismo, con cicatriz cubierta de \_\_\_ cm. de diámetro, en región \_\_\_

Scalp de cuero cabelludo, en zona pilosas, con pérdida parcial del mismo, con cicatriz descubierta de \_\_\_ cm. de diámetro, en región \_\_\_

Scalp de cuero cabelludo, con pérdida definitiva y parcial de la capa correspondiente al cabello de \_\_\_ cm. de diámetro, en región \_\_\_

Scalp de cuero cabelludo, con pérdida definitiva y total de todas las capas de \_\_\_ cm. de diámetro, en región \_\_\_

**FRENTE**

Cicatriz frontal, horizontal de \_\_\_ cm. en región \_\_\_

Cicatriz frontal transversal // perpendicular de \_\_\_ cm. en región \_\_\_

Cicatriz frontal en superficie de \_\_\_ cm<sup>2</sup>. en región \_\_\_

Cicatriz frontal en superficie, con injerto cutáneo, de \_\_\_ cm<sup>2</sup>. en región \_\_\_

**ARCO SUPERCILIAR**

Cicatriz lineal de Arco Superciliar derecho // izquierdo de \_\_\_ cm.

Cicatriz retráctil de Arco Superciliar derecho // izquierdo de \_\_\_ cm.

**MENTÓN**

Cicatriz en mentón, de \_\_\_ cm.

**COMISURA LABIAL**

Retracción labio superior \_\_\_

Desviación comisura labial \_\_\_

Retracción de ambos labios \_\_\_

Otra alteración de comisura labial: \_\_\_

**OTRA REGIÓN DEL ROSTRO**



“AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD”

*Ministerio de Capital Humano*  
*Superintendencia de Riesgos del Trabajo*

**ANEXO III**

Cicatriz en \_\_\_\_, de \_\_\_\_ cm.

**LESIONES POR QUEMADURA**

Lesión por quemadura tipo A / AB / B en REGIÓN ANATOMICA LATERALIDAD (en MS yMI) que abarca una superficie corporal total de \_\_ %.

**PROFESIONAL INTERVINIENTE**



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Anexo**

**Número:**

**Referencia:** ANEXO III - FORMULARIO INFORME DE EVALUACIÓN MÉDICA

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 4 pagina/s.