

H.C.: 71781458-92801

Fecha y Lugar: 12/10/2018

MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
NIT: 8999999034
Empresa en Misión: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA - CENTRO DE SERVICIOS Y GESTIÓN EMPRESARIAL (MEDELLIN)
Actividad Económica: Nivel de Riesgo: 0

Dirección: CALLE 51 N 57-70
Teléfono(s): 5760000
Ciudad: MEDELLIN
E-Mail: saludocupacional201301@hotmail.com

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: DANINER JURDAIN CANO GERALDO
Género: MASCULINO **Edad:** 40
Fecha y Lugar de Nacimiento: 11/07/1978 MEDELLIN
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección: CRA 35 40 A 27 MEDELLIN
ARL: NO REPORTA

Identificación: 71781458
Teléfono: 2162892
Cargo: INSTRUCTOR (A)
Escolaridad: UNIVERSITARIO
EPS: EPS SURA
AFP: COLFONDOS

Rh: O+
Móvil: 3195223632

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

PUEDE CONTINUAR SU LABOR SIN RESTRICCIÓN
SIN RESTRICCIÓN PARA MANIPULAR ALIMENTOS

4. ACLARACIONES AL CONCEPTO MÉDICO

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS
COMBINAR TAREAS ESTÁTICAS CON OTRAS DE MOVIMIENTO DINÁMICO.
EN PUESTOS DE TRABAJO CON UTILIZACIÓN DE EQUIPOS DE COMPUTO Y PANTALLAS.
EVITAR REFLEJOS EN LA PANTALLA
TRABAJAR EN UNA HABITACIÓN CON ILUMINACIÓN HOMOGÉNEA
EMPLEAR UN TAMAÑO DE LETRA LÉGIBLE
HACER DESCANSOS Y PRACTICAR EJERCICIOS VISUALES
VISIONOMETRIA U OPTOMETRIA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA.
EVITAR FORZAMIENTO DE LA INTENSIDAD DE LA VOZ
MANTENER UNA BUENA HIDRATACIÓN DE LAS CUERDAS VOCALES.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ANÁLISIS DE VOZ (VOZMETRIA)

AUDIOMETRIA	NORMAL
OPTOMETRIA	REALIZADO
GLUCEMIA	REALIZADO
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
PARCIAL DE ORINA - URDANALISIS	REALIZADO
HEMOGRAMA IV	REALIZADO
COPROLOGICO	REALIZADO
FROTIS FARINGEO	REALIZADO
KOH DE UÑAS MANOS	REALIZADO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NUTRICIÓN -
CARDIOVASCULAR -

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paradiánicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar la capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento que le sean realizadas

CRA 43 A 34 - 95 INTERIOR 223 CC ALMACENTRO TEL: 4448539 /3155454019 E-Mail: info@laboravitalips.com Medellín - Colombia

Impreso por Software SIMEDI - Salud Laboral - www.sigatda.com.co

En la fecha como mayor de edad identificado como aparece al lado de la firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado, Autorizo a LABOR VITAL IPS, para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría /visiometría, toma de muestra de sangre y de otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias necesarias según el cargo a desempeñar – también autorizo en el caso de requerirse realización de consulta médica por modalidad de telesalud /telemedicina, del cual fui informado y tengo pleno conocimiento que se realiza a través de contacto telefónico / video llamada. ENTiendo QUE mi atención podrá ser derivada a una atención presencial, si el profesional de salud así lo define, COMPREndo que yo puedo ELEGIR la modalidad de atención, ACEPTO que los datos que suministre harán parte de una historia clínica GARANTIZANDO privacidad y confidencialidad Y que la información suministrada de mi parte al profesional es VERAZ y CIERTA, que no omití datos de salud u otros datos relevantes, ni estoy incurriendo en falsedad de información. También autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido oportunidad de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes'

Aura CRISTINA CARVAJAL B.



Danner

AURA CRISTINA CARVAJAL BORJA

DANNER JURDAIN CANO GIRALDO

71781458

Firma y cédula del Paciente

LSO 4994

Médico Especialista en Salud Laboral