NELSON MOLINA MARTÍNEZ

MD. Especialista. Salud Ocupacional. U de A. Lic. 113070.

Calle 47 N°.48-47. BELLO/ANTIOQUIA. Teléfono: 4570790

Celular 3146847053 – jonemo38@yahoo.com

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	Fecha		
	Día	Mes	Año
	01	07	2020

1) INFORMACIÓN GENERAL

EMPRESA USUARIA: SENA

JUAN MAURICIO CARMONA HOYOS **NOMBRES Y APELLIDOS**	**CÉDULA** 70 324 336	**EDAD:** 50 años **Fecha de Nacimiento** 04/02/1970	**Género** M
Cargo: instructor		**Teléfono**: 312 721 7232	

2) EXÁMENES

Tipo de examen	Normal		Tipo de examen	Límites normales		Otros exámenes	Límites normales	
	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Osteomuscular	X		Visiometría (carta Snell)	X		Audiometría		
Cardiovascular	X		Otorrinolaringológico	X		Espirometría		
Pulmonar	X		Abdominal	X		Optometría		
Neurológico	X		Metabólico	X		EKG		
Mental	X		Prueba Psicosensométrica: Normal			Rx Tórax		

Observaciones: presenta trastorno de refracción corregido con lentes.

3) Antecedentes patológicos de importancia: No.

4) CONCEPTO LABORAL

Restricciones para el cargo: NO

5) AUTORIZACIÓN

Autorizo al aspirante para laborar en: ESPACIOS CONFINADOS: SI ◯ NO ◯ NA ⊗

ALTURAS SI ◯ NO ◯ NA ⊗ MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS: SI ◯ NO ◯ NA ⊗

NA: no aplica

RECOMENDACIONES:

Hábitos saludables: dieta y ejercicio. Bajar peso (sobrepeso).
Realizar pausas activas durante la jornada laboral.
Utilizar protección auditiva en exposición a ruido superior a 85 dB.
Consultar Optometría EPS.
Adoptar posiciones adecuadas durante la jornada laboral, para evitar lesiones de columna.
Uso diario de protector solar, en exposición a radiación solar.
Consultar anualmente odontología EPS.

Dr. Nelson Molina M.
Médico Cirujano U.P.B.
Médico E.S.O. U. de A.
C.C. 70.050.709
Reg. Nal. 11404 - Lic. 113070
Calle 47 N° 48-47 Tel. 457 07 90

Nelson Molina M.	Declaro que la información suministrada es verídica.
FIRMA DIGITALIZADA DEL MÉDICO	FIRMA ASPIRANTE O TRABAJADOR

Consentimiento informado.

Autorizo a Nelson Molina Martínez a realizar mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en este documento.

Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria. Certifico que no omito información relevante que pudiera influir sobre mi estado de salud y me comprometo a informar en forma veraz y oportuna a mi empleador cualquier cambio que pueda presentase en las mismas. Las respuestas dadas por mí en este examen están completas, verídicas y pueden ser confirmadas.

Autorizo para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones descritas en dicha legislación. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente toda la información y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Consideraciones normativas de los exámenes médicos

De acuerdo con las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 del 5 de junio de 2009 del ministerio de la protección social (actualmente ministerio del trabajo y de salud y protección social), se reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales. El objeto es determinar la existencia de restricciones, de acuerdo con los oficios y actividades definidos por el empleador en el perfil del cargo. La norma establece que el empleador sólo deberá conocer el **Concepto Médico** del aspirante. Los documentos completos de la **historia clínica** están sometidos a reserva del profesional y están salvaguardados y custodiados según la normatividad vigente. El trabajador puede obtener copia de los resultados cuando lo requiera, considerando que éste hace parte integral de su historial médico.