CLÍNICA DE TENJO

EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

Resolución No. 25 - 0875 de 2021 (15 de junio de 2021)

EMPRESA: _____ FECHA DEL EXAMEN: (dd/mm/aaaa) 18/08/21

NOMBRE DEL EXAMINADO: Stella Cadena Galvis DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 46454401

AREA O CARGO: _____

TIPO DE EXAMEN

INGRESO ✓ RETIRO ____ REINGRESO ____ PERIODICO ____ CAMBIO DE OCUPACIÓN____ POST. INCAPACIDAD ____ OTROS ____

EXAMEN

MEDICO ✓ AUDIOMETRÍA____ CUADRO HEMÁTICO____ COLINESTERASA ____ ESPIROMETRÍA____ OPTOMETRÍA____

SEROLOGÍA ____ VISIOMETRÍA____ MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS____ TRABAJO EN ALTURAS ____ OTROS ____

APTO ✓ NO APTO ____ APTO CON RESTRICCIONES ____

CONCEPTO, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES LABORALES:

Examinada sana, apta para realizar actividades laborales sin restricción

Yo Stella Cadena Galvis Nuñez identificado con C.C. No. 46454401 de manera voluntaria, autorizo al médico abajo mencionado, para que me realice el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de éstos. Comprendo el propósito de los beneficios, interpretaciones, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera y completa.

Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional. La Historia Clínica quedará en los servicios médicos del a empresa. La guarda y custodia de la Historia Clínica Ocupacional estará a cargo del médico tratante según lo contemplado en la normatividad vigente (Res. 1995/99, Res. 2346/06 y Res. 1918/09), y estará a disposición de las autoridades competentes en caso de ser requeridas.

RIESGOS DE LA LABOR. Dentro de las labores a realizar, Ud. estará expuesto a riesgos biomecánicos, manipulación de cargas, movimientos repetitivos, posturas prolongadas, esfuerzos físicos, químicos y biológicos. ¿Declara Ud. que su estado de salud presenta alguna condición incompatible e insuperable que le impide adelantar las labores pertinentes del cargo para el cual va ser contratado o que tiene alguna limitación para afrontar estos cargos?

Si tengo Limitaciones ____ No tengo limitaciones ✓

En caso afirmativo, por favor indique las limitaciones: _____

Dr. Juan Carlos Ayala Nieto
Especialista
Med. Laboral y Salud Ocupacional

Médico Especialista Medicina Laboral y Salud Ocupacional

Trabajador a quien se realiza el examen