CLINISUR IPS LTDA

NUMERO
0032484258

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL



EMPRESA: **PARTICULAR** FECHA: **06/11/2020 08:55:27**

PREOCUPACIOMALOINGRESO: ✓ POS-OCUPACIOMAL OEGRESO ☐ PERIODICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: **YINNA PAOLA ORTIZ RODRIGUEZ** C.C **1013582699**

EDAD: **34 AÑOS** SEXO **F** CARGO DESEMPEÑAR **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

EXÁMENES PARACLINICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional

Visiometria ✓

Audiometría ✓

Espirómetria ✓

Exámenes de laboratorio SI" NO ✓

Glic ☐ Col ☐ Trigli Otros ✓

Énfasis Osteomuscular ✓

Énfasis Cardiovascular

El suscrito medico hace consta que el (la) señor (a) se presento a valoración medica el día de hoy expidiendo el siguiente

Concepto

SIN RESTRICCION PARA EL CARGO ✓

CON RESTRICCION PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
SIN RESTRICCION PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	✓	☐
CON RESTRICCION PARA TRABAJO EN ESPACIOS	☐	✓	☐

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA- CONTROLES EPS- OTORRINOLARINGOLOGÍA- AUDIOLOGÍA- CONTROLES - CONTROLES EPS MEDICINA GENERAL RUTINA- NUTRICIÓN- OPTOMETRÍA-CAPACITACIÓN PARA EL USO ADECUADO DE EPP

EXAMEENES DE EGRESO

Sospecha deenfermedad laboral SI ☐ NO ✓ ¿Cuall?

PROGRAMA DE EPIDEMOLOGIA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

Dr. JHON A. PEREZ
Médico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional
Lic. S.O 7344-14 U.M.B.
FIRMA DEL ESPECIALISTA

FIRMA DEL PACIENTE