DR. JUAN CARLOS GARAY H.
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Medicina Empresarial- Audiometria- Optometria- Espirometria
Dirección Carera 3 No 10/18 La Calera

CONCEPTO MEDICO-OCUPACIONAL

TIPO DE EXAMEN: Ingreso | FECHA DE REALIZACION: 19-Enero-2021
CARGO: Asesor | TEMPORAL/EMPRESA: Alcaldia La Calera

DATOS DE IDENTIFICACION

APELLIDOS: Casas Prieto
NOMBRES: Roger Alfonso
EDAD: 40 SEXO M: X F: | DOCUMENTO: CC 80.236.244 DE: Bogota

EXAMENES REALIZADOS

PARACLINICOS		EXAMENES	
CUADRO HEMATICO	KOH UÑAS	OSTEOMUSCULAR	X
GLICEMIA	FROTIS FARINGEO	OPTOMETRIA	
COLESTEROL TOTAL	COPROLOGICO	VISIOMETRIA	
COLESTEROL HDL	HEMOCLASIFICACION	AUDIOMETRIA	
COLESTEROL LDL	SEROLOGIA (VDRL)	ESPIROMETRIA	
TRIGLICERIDOS		EXAMEN DE ALTURAS	

RESULTADOS VALORACION MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA EL CARGO: X
SIN PATOLOGIA APARENTE: X — CON PATOLOGIA QUE NO AFECTA SU LABOR:
APTO CON RECOMENDACION: — CAUSA:
APLAZADO: — CAUSA:
NO APTO PARA EL CARGO: — CAUSA:

EXAMEN PERIODICO

PUEDE CONTINUAR CON SU CARGO — SI: | NO:
SE SUGIERE REUBICACION LABORAL — TEMPORAL: | PERMANENTE:
RESTRICCIONES Y RECOMENDACIONES:

EXAMEN DE EGRESO

SOSPECHA DE ENFERMEDAD LABORAL — SI: | NO:

EXAMEN DE ALTURAS

APTO PARA EL CARGO			
SIN PATOLOGIA APARENTE		CON PATOLOGIA QUE NO AFECTA SU LABOR	
APTO CON RESTRICCION		CAUSA	
APLAZADO		CAUSA	
NO APTO PARA EL CARGO		CAUSA	

RECOMENDACIONES

MEDICAS	
REMISION A EPS	
CONTINUAR MANEJO MEDICO	
AUDIOMETRIA CLINICA	
DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO COMPLETO	
LIMPIEZA DE OIDO(S) EN EPS	
ACTUALIZAR CORRECCION VISUAL	
USAR CORRECCION VISUAL	

OCUPACIONALES	
USAR ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL	X
HIGIENE POSTURAL	X
PAUSAS ACTIVAS	X
EJERCICIOS ESTIRAMIENTO MUSCULAR	X
CAPACITACION ERGONOMICA	X
CAPACITACION MANIPULACION DE CARGAS	
REMISION A ARL	
SEGUIMIENTO DE CASO POR ARL	

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE	
INICIAR ACTIVIDAD FISICA	X
CONTINUAR ACTIVIDAD FISICA	
CONTROL NUTRICIONAL Y DE PESO	X
REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL	
DEJAR DE FUMAR	

EXAMENES CONTROL	
EXAMEN PERIODICO OCUPACIONAL	
CONTROL AUDIOLOGICO PERIODICO	
CONTROL OPTOMETRICO PERIODICO	
LABORATORIOS CONTROL	

PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	
PVE PSICOLABORAL	
PVE ERGONOMICO	X
PVE VISUAL	
PVE AUDITIVO	
PVE CARDIOVASCULAR	
PVE QUIMICO	

RECOMENDACIONES ADICIONALES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O DEL TRABAJADOR: Autorizo al profesional abajo mencionado a realizarme el examen médico y/o paraclínicos ocupacional registrado en este documento. He sido explicado la naturaleza y propósito de este examen médico y sus paraclínicos. He comprendido y he entendido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos a través de la consulta brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de rehusar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizaran estos exámenes. Fui informado acerca de la confidencialidad de los datos y resultados aquí registrados y la protección que se le dará a este documento. Las respuestas dadas por mí están completas y son verídicas. Autorizo a la empresa para que suministre a las preguntas o entidades mencionadas en la legislación vigente la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las afiliaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido cuidadosamente la anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y me expresa en especial de expresa mi consentimiento.

Dr. Juan Carlos Garay H.
Md Cirujano R.M. 251444
Tecnólogo en SST
25-10-2016

FIRMA MEDICO SALUD OCUPACIONAL

ACEPTO LOS RESULTADOS Y CONCEPTOS DE ESTE EXAMEN

NOMBRE		NOMBRE	ROGER N. CASAS TRETO
LICENCIA		IDENTIFICACION	CC. 80.736.744.