POLICLINICO SUR

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



Fecha Historia Ocupacional	2020-07-16	Empresa	SENA
Actividad Economica		Profesional	EDWIN ALBERTOCALLE VILLA
Identificación	43603234	Tipo Consulta	Ingreso
Nombres	PAULA ANDREA	Apellidos	SANABRIA TABARES
Edad	44		

INFORMACION GENERAL2

Fecha Nacimiento	1975-12-30	Hijos	3
Estado Civil	Casado	Cargo	INSTRUCTORA
Telefono	0	Celular	3127889544
ARL	POSITIVA	EPS	EPS SURA

EXAMENES

Visiometría	No Realizado
Optometría	Realizado
Espirometría	No Realizado
Audiometría	Realizado
Otros Examenes	ENFASIS OSTEOMUSCULAR, DERMATOLOGICO, CARDIOVASCULAR,PSICOMETRICO. PSICOSOCIAL GLUCOSA , COLESTEROL TOTAL,TRIGLICERIDOS, HDL, LDL, AC DE HEPATITIS B, HEMOGRAMA
Concepto Medico	Apto para el cargo

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES PREVENTIVAS PARA LA EMPRESA

Es deber de los empleadores acatar las recomendaciones contenidas en este dictamen, realizar exámenes médicos periódicos a los trabajadores con el fin de hacer seguimiento a su estado de salud, capacitar habitualmente al personalen temas de salud ocupacional, mantener un ambiente laboral que propenda por la salud física y mental de sus empleados, vigilar que las actividades laborales se desempeñen en forma adecuada y siguiendo el protocolo establecido, abolir o controlar los riesgos ocupacionales que sean detectados y cumplir a cabalidad con lo consagrado en la legislación colombiana en materia de salud y seguridad en el trabajo, en especial lo estipulado en el artículo 2 de la resolución 2400 de 1979, el artículo 21 del decreto 1295 de 1994 y el artículo8 del decreto 1443 de 2014.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES PREVENTIVAS PARA EL PACIENTE Y/O RECOMENDACIONES GENERALES EN ENFERMEDAD COMUN

Es responsabilidad de los trabajadores seguir las recomendaciones sobre su estado de salud emitidas por el médico durante la consulta, notificar a su empleador sobre cualquier condición anómala en su trabajo que eventualmente pueda poner en riesgo la integridad suya o la de otro empleado, informar si padece alguna condición de salud específica que le impida de alguna forma desarrollar normalmente las labores habituales para las que fue contratado, usar correctamente y cuidar los implementos de trabajo y los elementos de protección personal que le sean asignados y cumplir con las consignas del reglamento de higiene y seguridad ocupacional de su empresa.

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS PARA EL PACIENTE

HABITOS DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA REGULARMENTE 150 MINUTOS A LA SEMANA, DIETA BALANCEADA BAJA EN GRASAS, USO ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, ACATAR RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

LAVADO DE MANOS CADA 3 HORAS- USO DE TAPABOCAS CUANDO USE TRANSPORTE PUBLICO- MEDIDAS DE AUTOCUIDADO- CONSULTAR EN CASO DE FIEBRE, TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA

CONTINUAR CON USO DE ANTEOJOS

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA

ASPECTO JURIDICO SOBRE CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO/PERIODICA/RETIRO

Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social reglamenta la practica de las evaluaciones médicas de control periódico con el objeto de monitorear la exposición a los factores de riesgo ocupacional e identificar posibles alteraciones temporales, permanentes o agravamiento del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por el medio ambiente de trabajo, y para detectar precozmente enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. De acuerdo con la Resolucion 1918 del 5 de Junio del 2009 la Historia Clinica Ocuptacional esta sometida a reserva profesional y queda bajo la guarda y custodia de PROSALCO, el trabajador podra obtener una copia de la misma cuando lo requiera.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Certifico que he comprendido el proposito, los benficios, las limitaciones y riesgos de la HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL. También certifico que

Firma Profesional

Firma Paciente

POLICLINICO SUR

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

he discutido con la persona que me ha brindado la asesoria, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que puedo retirar mi consetimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen. Certifco que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es veridico y puede ser confirmado, además que fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confiabilidad de mis resultados



Firma Profesional

Firma Paciente