

# EL DIVINO NIÑO JESUS



Unidad Médica de Especialistas  
**UMED LTDA. I.P.S.**

Resolución Lic. No. 9511 de 23/08/2013  
Res. Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Código de prestador de servicios de la salud No. 110010565901  
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según  
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997  
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T  
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional  
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaría de Salud



## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 4 5 2017

EXAMEN  
☒ Preocupacional o Ingreso ☐ Pos-ocupacional o Egreso ☐ Periódico

NOMBRES: ELIANA LORENA CORTES TORRES

C.C. 1.030.550.470

EDAD: 28 SEXO: M F

EMPRESA: INDEPENDIENTE

CARGO: AUX DE ENFERMERIA

Tel.: Cel.: 3057134049

## RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

|                           | NORMAL                              | ANORMAL                  |
|---------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Valoración Médica Laboral | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Espirometría              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Audiometría               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Visiometría               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Optometría                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Electrocardiograma        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psicología Laboral        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Radiología                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Túnel/Carpo               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Columna                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tórax                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                      | NORMAL                              | ANORMAL                  |
|----------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Respiratorio         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dermatología         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Osteomuscular        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cardiovascular       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prueba de Equilibrio | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vacunas              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

|                     | NORMAL                              | ANORMAL                  |
|---------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Cuadro Hemático IVG | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glicemia            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Colesterol          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Triglicéridos       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Serología           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                      | NORMAL                              | ANORMAL                  |
|----------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Parcial de Orina     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| RH - Grupo Sanguíneo | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Varios               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                 | NORMAL                              | ANORMAL                  |
|-----------------|-------------------------------------|--------------------------|
| KOH - Uñas      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frotis Faríngeo | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Coprologico     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

**APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA)**

Según Res. 1409 del 23 de Julio de 2011

Apto para el cargo sin restricciones ☒ SI ☐ NO  
Apto para el cargo con restricciones que intervienen con su trabajo ☐ SI ☐ NO  
Apto para trabajos en superficies sin infradesnivel ☐ SI ☐ NO

Aplazado ☐ SI ☐ NO  
No apto para este cargo ☐ SI ☐ NO

Examen PERIODICO satisfactorio SI ☐ NO ☐

Examen de EGRESO satisfactorio SI ☐ NO ☐

## RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

|                                                                                |                                                                   |                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 1. Higiene Postural <input checked="" type="checkbox"/>                        | 7. Uso de Doble Protección Auditiva <input type="checkbox"/>      | 13. Evitar Posturas Prolongadas <input type="checkbox"/>          |
| 2. Pausas Activas <input checked="" type="checkbox"/>                          | 8. Control Optométrico Periódico <input type="checkbox"/>         | 14. Uso de Medias de Compresión Graduado <input type="checkbox"/> |
| 3. Ergonomía del Puesto de Trabajo <input checked="" type="checkbox"/>         | 9. Uso de Lentes permanentes <input type="checkbox"/>             | 15. Valoración y Manejo en IPS <input type="checkbox"/>           |
| 4. Uso de Elementos de Protección Personal <input checked="" type="checkbox"/> | 10. Uso de Lentes Visión de Cerca <input type="checkbox"/>        | 16. Dieta - Ejercicio Físico <input type="checkbox"/>             |
| 5. Valoración por IPS de Medicina Laboral <input type="checkbox"/>             | 11. Control de Tensión Arterial <input type="checkbox"/>          | 17. Control Espirómetros <input type="checkbox"/>                 |
| 6. Control Audiométrico <input type="checkbox"/>                               | 12. Estilos de Vida Saludable <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                   |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO (De Lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacional que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y correctas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de realizarse las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de Salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que pueda conocer, por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y a los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la persona anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi consentimiento.

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

RM

Firma Trabajador

C.C. No.

1.030.550.470