

**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL**

EMPRESA: HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL	FECHA 29/08/2022
NOMBRES: DIANA PATRICIA CRISTANCHO VILLA	CEDULA: 1.055.313.085
PROFESION Y/O CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	GENERO: FEMENINO

TIPO DE EXAMEN

INGRESO	ENFASIS PIEL	RETIRO	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	TEST DE ALTURAS	ENFASIS CARDIORESPIRATORIO	REINGRESO
X	X		X		X	

EXAMENES

AUDIOMETRIA	X	OPTOMETRIA	X	VISIOMETRIA (NORMAL)	X
LABORATORIOS	X	COLESTEROL	X	TRIGLICERIDOS	X
COPROLOGICO		FROTIS DE UÑAS		ESQUEMA DE VACUNACION	X
ELECTROCARDIOGRAMA		TEST OSTEOMUSCULAR	X	ESPIROMETRIA	
GLICEMIA	X	CARNET VIGENTE	X	PSICOMETRICO	
VDRL	X	CREATININA	X	CARNET COVID	X

ANALISIS PROFESIONAL

ENFERMEDAD PROFESIONAL	SI:	NO: X	REMISION A EPS	SI:	NO: X	Secuela Accidente Laboral	SI:	NO: X
APTO	SI: X	NO:	NO APTO	SI:	NO:			

OBSERVACIONES GENERALES

ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO: TETANO, VACUNAS DE HB, ANTI AC HB, VACUNA DE HA, ANTI CA HA, ANTI AC HC, INFLUENZA, VARICELA, RUBEOLA, SARAMPION, COVID 3 DOSIS 1. 18/02/2021 2. 11/03/2021 3. 11/01/2022 PARA PAROTIDITIS, PERFIL TIROIDEO, PERFIL LIPIDICO HDL, HEMOGRAMA TIPOV, GLICEMIA, COLESTEROL, LDH, BILIRRUBINAS NORMALES Y TRIGLICERIDOS, GPT, EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR, HOMBROS amplitud de movimiento, rotación interna externa, prueba de supraespinoso, prueba de despegue, signo de neer, prueba de O'Brien, prueba de Hawkins- Kennedy: normales CODO: Prueba De Cozen, flexión del codo por 60 segundos: Normales MANO: prueba de finkelstein: Normal, Tinel, Phanel: Normales, COLUMNA Y MIEMBROS INFERIORES: Lasague, Prueba de Lachman, cajón anterior, Prueba de pivote Prueba de Thissaly y Modificada de McMurray: Normales, DERMATOLOGIA Y PIEL: Piel elástica, grosor, color y movilidad normales, con buena higiene y sin lesiones. SEGÚN PROFESIOGRAMA DE LA INSTITUCION HOSPITAL CENTRAL

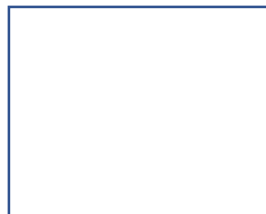
RECOMENDACIONES GENERALES

1. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
2. CONTROL ANUAL OCUPACIONAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo DIANA PATRICIA CRISTANCHO VILLA Identificado(a) con C.C. No 1.055.313.085 autorizo al médico abajo mencionado a que me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que el médico de a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional, así mismo dejo constancia que recibí copia del certificado ocupacional.

Evaluado por:

Shirley Camp Romero
SEYSO
MEXICO - ASISTENTE OCUPACIONAL

Trabajador:

FIRMA

