

Fecha del Examen 26/06/2020 Ciudad Bogotá

1. DATOS GENERALES

DATOS DEL TRABAJADOR/ASPIRANTE (Tipo Documento de Identidad: C.C. Cédula de Ciudadanía, C.E. Cédula de Extranjería, T.I. Tarjeta de Identidad, P.T. Pasaporte)

Apellidos y Nombres: Figueroa Olayo, Angie Milena Edad (Años) 20 Documento de identidad Tipo: CC No.: 1010039601

Razón social de la empresa que lo contrata o contratara Sube real Centro Oneu H Cargo Enfermera Empresa que laboró anteriormente Mederi

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL (Marque con una "X" de las siguientes opciones)

☒ Pre-Ingreso ☐ Post-Incapacidad ☐ Periódico programado ☐ Egreso: (Diligencie desde el ítem 3)
☐ Reintegro ☐ Cambio de ocupación ☐ Otro:

CONCEPTO DE APTITUD Y CLASIFICACIÓN DE APTITUD

(NO APLICA PARA EXAMEN DE EGRESO)

Apto para el cargo: Sin patología aparente ☐ Con patología que no limita su labor ☒
Apto con restricción ☐ Requiere nueva valoración ☐ No apto ☐ Aplazado ☐

REQUISITOS DE SALUD: (Marque con una "X" el cumplimiento o no aplicación de los requisitos de salud para cada uno de los tipos de trabajo)

	SI	NO	Aplazado	No aplica
Cumple con los requisitos de salud para trabajos en alturas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumple con los requisitos de salud para espacios confinados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumple con los requisitos de salud para temperaturas extremas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motivo de aplazamiento (Aplica cuando en el CONCEPTO DE APTITUD se seleccionó "aplazado")

LIMITACIONES O RESTRICCIONES Aplica cuando en el CONCEPTO DE ACTITUD se seleccionó "Con limitaciones o restricciones para el cargo" o cuando NO cumple con los requisitos de salud para uno o más tipos de trabajos indicados. Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, tipo de trabajo, agenda o factores de riesgo se producen. Marque con una X en la casilla correspondiente, según sea: T: Temporal o P: Permanente.

¿Cual es?	Condiciones o funciones / Tipo de Trabajo	SI	NO	Recomendaciones
Optometría/Visiometría	SE REALIZÓ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	uso de lentes pte.
Audiometría	SE REALIZÓ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Espirometría	SE REALIZÓ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Médico	SE REALIZÓ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Énfasis Osteomuscular	SE REALIZÓ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Examen Periódico: Puede continuar con su labor ☐ Se sugiere reubicación laboral ☐

El concepto de aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Examen Médico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prueba de Conducción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valoración por especialista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Audiometría	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exámenes de Laboratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?		
Espirometría	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?			Otros		
Visiometría	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				¿Cuál(es)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen Optométrico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Vacunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros		
Electrocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?			¿Cuál(es)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Otros		
						¿Cuál(es)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. EXAMEN DE EGRESO

Satisfactorio ☐ No Satisfactorio ☐
hay sospecha de: Secuela de accidente de trabajo no reportado ☐ Enfermedad Profesional ☐ Enfermedad común agravada por el trabajo ☐

NOTA: SI EN EL EXAMEN DE EGRESO SE ENCUENTRA UNA PRESUNTA ENFERMEDAD PROFESIONAL SECUELAS DE EVENTOS PROFESIONALES (NO DIAGNOSTICADOS) OCURRIDOS DURANTE EL TIEMPO EN QUE LA PERSONA TRABAJÓ EN LA EMPRESA EL EMPLEADOR ELABORARÁ Y PRESENTARÁ EL CORRESPONDIENTE REPORTE (FURAT / FUREP) A LAS RESPECTIVAS ENTIDADES (ARP Y EPS).

4. OTRAS RECOMENDACIONES (Escriba en términos sencillos para que el empleador tenga en cuenta los cuidados, controles y recomendaciones)

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

MEDICAS	OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR E.P.S.		
Se entrega formato de remisión a E.P.S. <input checked="" type="checkbox"/>	Uso de todos los elementos de protección personal <input checked="" type="checkbox"/>	Realizar actividad física 3 veces por semana <input type="checkbox"/>
Consulta Externa	Seguir protocolos de seguridad e Higiene Industrial <input checked="" type="checkbox"/>	Higiene postural <input checked="" type="checkbox"/>
Consulta especializada	Uso doble protección auditiva en ruidos extremos <input checked="" type="checkbox"/>	Uso de medias para las venas <input checked="" type="checkbox"/>
Confirmación de Diagnóstico	Requiere antiparasitarios para manipular alimentos <input checked="" type="checkbox"/>	Dejar de fumar <input checked="" type="checkbox"/>
REMISIÓN A.R.L. <input checked="" type="checkbox"/>	Uso corrección visual permanente <input checked="" type="checkbox"/>	Reducir consumo de alcohol <input checked="" type="checkbox"/>
CONTINUAR TRATAMIENTO FORMULADO <input checked="" type="checkbox"/>	Corrección visual en visión prolongada <input checked="" type="checkbox"/>	Buena nutrición (Dieta Hipograsa e Hipoglúcida, bajarle a las harinas) <input checked="" type="checkbox"/>
OTRAS RECOMENDACIONES		No manipulación carga <input checked="" type="checkbox"/>

Medico Ocupacional Dra. Stella Quintero Garzón
FIRMA: CII 3A 3 # 53F - 74 Bogotá, D.C.
Tel: 2603016 Cel: 3103414647
RM 11822 SO 11864

Nombre del Trabajador Angie Milena Figueroa Olayo
C.C. 1010039601
FIRMA: Angie Figueroa
Certifico que no he omitido información de mi estado de salud, y que todo puede ser verificado

HUELLA