HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.
NIT:891800395-1
HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

JOHN FLOREZ MORENO

Fecha: 14-02-2022

RM 172/94 Nal. Res. 0002/2003

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.

Nombres y apellidos:	Edad (años)	Documento de Identidad
Guarin Castillo Elkin Abdv	53 años	Tipo: cc No. 74241904

Razón social de la empresa que lo contrato o contratara	Razón social de la empresa en la que labora, laborara o laboro
Oficina Registro Instrumentos Publicos Moniquira	
Nombre del centro de trabajo o sede de trabajo.	**Cargo**
Moniquira	Auxiliar Administrativo

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

- [X] Preingreso
- [ ] Reintegro
- [ ] Post-incapacidad
- [ ] Cambio de ocupación
- [ ] Periódico programado
- [ ] Otro
- [ ] Egreso: (diligencia el ítem 3)

2. EXAMEN DE INGRESO - POSTINCAPACIDAD- PERIÓDICO - REINTEGRO - CAMBIO DE OCUPACIÓN

CONCEPTO DE APTITUD: (Marque con una "X" una de las siguientes opciones:

- Sin limitaciones o restricciones para el cargo [X]
- Con limitaciones o restricciones para el cargo [ ]
- Aplazado [ ]
- Concepto de aptitud de apoyado en profesiograma o perfil para el cargo: SI [ ] NO [X]

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

	SI	NO	Aplazado	No aplica
Trabajo administrativo				
Trabajo en alturas				
Manipular alimentos				
Brigadista				
Otro				
Otro				

Motivo de aplazamiento (aplica cuando el CONCEPTO DE APTITUD se selecciono "APLAZADO"

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Aplica cuando el CONCEPTO DE APTITUD se selecciono: "Con limitaciones o restricciones para el cargo" o cuando "NO" cumple con los REQUISITOS DE SALUD para uno o mas tipos de trabajo indicados, describa cuales son , ante que condiciones o funciones, tipo

Cuál (es)	Condiciones o funciones/Tpo de trabajo	Agentes o factores de riesgo	T	P	Recomendaciones

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

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Examen medico	X		Prueba de neuroconduccion		X	Exámenes de laboratorio Cual (es)		X
Audiometría		X	Anexo osteomuscular	X		Radiología Cual (es)		X
Espirometría		X	Anexo dermatológico		X	Valoración por especialista. Cual (es)		X
Visiometria	X		Anexo trabajo en alturas		X	Otros Cual (es)		X
Examen optometrico		X	Anexo para manipulador de alimentos		X			
Electrocardiograma		X						
Electroencefalograma		X	Anexo cardiovascular		X			

3 EXAMEN DE EGRESO

Hay sospecha de: Secuela de accidente de Trabajo no reportado:	Enfermedad profesional:	Enfermedad común agravada por el trabajo
SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]

NOTA: SI EN EL EXAMEN DE EGRESO SE ENCUENTRA UNA PRESUNTA ENFERMEDAD PROFESIONAL O SECUELAS DE EVENTOS PROFESIONALES (NO DIAGNOSTICADOS) OCURRIDOS DURANTE EL TIEMPO EN QUE LA PERSONA TRABAJO EN LA EMPRESA, EL EMPLEADOR ELABORARA Y PRESENTARA EL CORRESP

4, OTRAS RECOMENDACIONES: escriba en términos sencillos para que el empleador tenga en cuenta los cuidados, controles y recomendaciones. Dieta baja en grasas, harinas, sin frituras, ni repetir 3 veces en 30 minutos C/U. uso adecuado de elementos de protección personal.

Se entrega remisión a EPS SI [ ] NO [ ]

MEDICO:
Firma: _____
Nombre: JOHN FLOREZ MORENO
MEDICO CIRUJANO ESPECIALISTA S.O.C. C.C. 74241904 R.M. 172/94 REG. 2155-2017

Registro medico: 172/94
Especialista Salud Ocupacional

Res. 0002/2003