TVO Salud ocupacional
Dra. Sandra Vargas Arcila
En Outsourcing

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Fecha : Fusagasugá Marzo 10 2021



DATOS DEL TRABAJADOR, CONTRATISTA O ASPIRANTE

Paciente: HERNAN ALVAREZ PARDO
Identificación CC 11.384.155 Edad: 55 años Genero : F : M : X
Cargo: INSTRUCTOR

DATOS DE LA EMPRESA: SENA

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS : Musculo esquelético, Cardiovascular, Psicosocial

Pre Ocupacional	X	Post Incapacidad		Periódico Programado	
Reintegro		Cambio de Ocupación		Egreso o Retiro	

EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS: Optometria; alterada, con correccion adecuada, Perfil lipídico (Colesterol total, Triglicéridos, HDL – LDL) sin alteracion, .Glicemia, sin alteracion. Cuadro hematico sin alteracion, Parcial de orina; sin alteracion, Fonoaudiologia sin alteracion.

CONCEPTO PARA EXAMENES DE INGRESO O PERIODICOS

Descripción	Si	No	No aplica	Aplazado
Limitaciones o restricciones para el cargo	X			
Cumple con los requisitos de salud para el trabajo en alturas			X	

Descripción de la restricción: Uso de correccion visual permanente.

CONCEPTO PARA TODOS LOS EXAMENES INCLUYENDO LOS DE EGRESO.

Sospecha o detección de:	Si	No	En estudio
Accidente de trabajo no reportado		x	
Enfermedad laboral		x	
Enfermedad común	x		
Enfermedad agravada por el trabajo		x	
Secuelas de accidente laboral		x	

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual	x	Auditivo		Concerv voz		Cardiovasc		Psicosocial		Ergonomic		mecanico		biologico	

REMISIONES; Cita en EPS optometria de control, continuar uso de lentes de contacto

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: Habitos de vida y trabajo saludable. Dieta ejerccio Realizar las pausas activas, recomendaciones de higiene postural, uso de elementos de protección personal según la labor, asisitir a capacitaciones en SST por parte de la empresa.

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo HERNAN ALVAREZ PARDO identificado con C.C. Nº 11384155 autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional, exámenes complementarios. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera,completa. Autorizo que la información recopilada pueda ser utilizada para la implementación de los sistemas de vigilancia epidemiológica de las empresas) y se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) Decreto 1443 2014.

Dra. SANDRA E. VARGAS ARCILA
RM 0698-03 - Licencia SST 2462-15

FIRMA DEL TRABAJADOR