SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS S.A.S.
NIT.830.136.321-5
Código Prestador Servicios No. 1100112762 - 01
Licencia en Salud Ocupacional No.14713 del 21/11/13

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 25-may-2017 **HORA** 09:25:15
EMPRESA PARTICULAR
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Diana Yedyd Bejarano Cruz
Edad 33 años 4 meses 27 dias
Documento de Identificación: CC Número: 52735692
Cargo TECNICO

RESULTADOS EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO :

EXÁMENES	FECHA	RESULTADO	OBSERVACIONES

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional
Recomendaciones:
Otras Recomendaciones Ejercicios de estiramiento y fortalecimiento muscular, hábitos postulares adecuados, hábitos de vida saludable, uso de elementos de protección personal.
AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:
AUDIOMETRIA: Normal con control anual / COLESTEROL TOTAL: Normal
OPTOMETRIA: Normal con Control anual / TRIGLICÉRIDOS: Normal
ESPIROMETRIA: Normal con Control anual / GLICEMIA: Normal
OSTEOMUSCULAR: Normal / CUADRO HEMATICO: Normal
REMISION A EPS?: NO
Apto PARA LABORAR EN ALTURAS Y EN EL CARGO

Aptitud Especifica:

- [ ] vehículos pesados
- [ ] Equipos móviles de superficie
- [ ] Manejo de sustancias peligrosas
- [ ] Manejo de materiales fundidos
- [ ] Guardas de equipos
- [ ] Aislamiento y/o inmersión
- [x] Trabajos de altura
- [ ] Operaciones de levante y manipulación de carga
- [ ] Manipulación de alimentos

Tipo de Restriciones:

- [ ] Trabajos en sitios de altas temperaturas
- [ ] Trabajos en sitios de bajas temperaturas
- [ ] Ruido por encima de 85 db
- [ ] Trabajos por turnos
- [ ] Exposición a la luz solar directa
- [ ] Exposición a material particulado y/o gases
- [ ] Exposición a radiacón ionizante
- [ ] Trabajos en espacios confinados
- [ ] Posición sedente o bípeda prolongada
- [ ] Subir y bajar escaleras
- [ ] Moviminetos repititivos
- [ ] Vibración
- [ ] Manipulación de cargas
- [ ] Tareas de agarre
- [ ] Alcances por encima del nivel de la cabeza
- [ ] Agacharse, ponerse en cunclillas o voltearse repetidamente
- [ ] Manipulación de alimentos

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales , personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta "
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Fabian S. Ramirez T.
Medico y Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
y Medicina Laboral
FABIAN RAMIREZ TORRES MD
C.C. 1013590019

Firma
Nombre: FABIAN SNAIDER RAMIREZ TORRES
RM. 25-5205 Lic.SO:

Trabajador

Firma Diana Bejarano
Nombre: Diana Yedyd Bejarano Cruz
CC N° 52735692

Huella



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo a Servisalud ocupacional IPS., a realizar en mí, el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional (es) registrado(s) en este documento. **Servisalud ocupacional IPS.,** me ha explicado la naturaleza y propósito del exámen médico y/o paraclinico(s) opcional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones, los riesgos y consecuencias del examen y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas.

Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizara(n) el (los) exámenes. Fui informado de las medidas que tomara **Servisalud ocupacional IPS.,** para asegurar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a **Servisalud ocupacional IPS.,** para que suministre a las entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

TRABAJADOR:

FIRMA: Drana Bejarano

NOMBRE: Drana Yedid Bejarano

C.C. Nº: 52.735.692. Bta