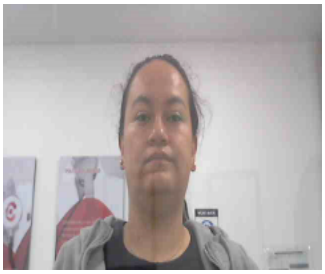
CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA CAJICA	**DIRECCIÓN**	Carrera 5 # 9 - 26 Complejo Medico Sabana Park
TELÉFONO	879 3655 - 879 3664	**EMAIL**	citas.cajica@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-03-16	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	LEIDY JOHANNA GOMEZ HERNANDEZ	Identificación CC	Nro 1013617016		
Fecha de Nacimiento	1990-11-24	**Edad**	31	**Sexo**	F
Empresa	PARTICULAR/CAJICA				
Cargo	INVESTIGADORA EN SALUD				
Fecha Ingreso	2022-03-16 07:44:04	**Fecha Salida**	2022-03-16 07:58:52		

EXAMENES REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
ESPIROMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
EXAMEN OPTOMETRICO	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	COLESTEROL TOTAL
GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
TRIGLICERIDOS	

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

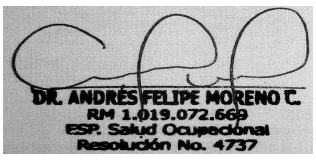
NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI
VALORACION OPTOMETRICA	SI Observaciones: CONTROL VISUAL ANUAL
OTRAS:	NO PRESENTA

INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.



ANDRES FELIPE MORENO CASTILLO
RM: 1019072669
Firma y sello del médico

LEIDY JOHANNA GOMEZ HERNANDEZ
CC 1013617016
Firma del trabajador