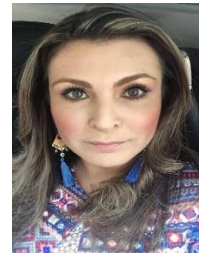


EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL CON ENFASIS EN EL SISTEMA OSTEOMUSCULAR



CLASIFICACIÓN DEL EVALUADO: Contratista

LUGAR:

MEDELLÍN

DIA	MES	ANO
7	3	2.023

TIPO DE EXAMEN: INGRESO ☒ PERIODICO ☐ RETIRO ☐ OTRO ☐

DATOS PERSONALES

1er APELLIDO GRANADOS	2º APELLIDO TRUJILLO	NOMBRES KATHERINE	EDAD 46	SEXO M ☐ F ☒	FECHA NACIMIENTO 20 12 1.976
ESTADO CIVIL SOLTERA ☐ CASADO ☒	SEP ☐ U.L ☐	VIUDO ☐	NÚMERO DE HIJOS: 2	DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C 52.266.546	Correo Electronico katherinegranados@yahoo.com
MUNICIPIO MEDELLIN	TELEFONO CELULAR O FIJO 310 285 8968	FONDO DE PENSIONES COLPENSIONES	EPS SANITAS		
ESCOLARIDAD PR I ☐ SEC ☐ TEC ☐ PROFES ☒	OCUPACION U OFICIO COMUNICADORA	CARGO AL QUE ASPIRA ASESORA	HEMOCLASIFICACIÓN GRUPO: A Rh: Positivo		

ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN OCUPACIONAL EN EMPLEOS ANTERIORES

EMPRESA	OCUPACION	DURACION	FISICO										QUIMICO		BIOLOGICOS	ERGONOMIA		PSICOSOCIAL												
			RUIDO	ILUMINACION	VIBRACIONES	ALTAS Tº	BAJAS Tº	RADIAC IONIZANTE	RAD NO IONIZANTE	MICROPARTICULAS	GASES	VAPORES	LIQUIDOS	HUMOS	VIRUS	HONGOS	BACTERIAS	PARASITOS	SOBRE - ESFUERZO	DISEÑO DEL PUESTO	MOV. REPETITIVOS	POSTURAL	ESFUERZO VISUAL	CONTENIDO TAREA	CARGA LABORAL	ATENCION PUBLICO	ORDEN PUBLICO	MONOTONIA	ASIAMIENTO	ESTRÉS

HORARIO

DIURNO ☒

NOCTURNO ☐

ROTATORIO ☐

ACCIDENTES DE TRABAJO

SI ☐

NO ☐

EMPRESA	FECHA	CARGO	NATURALEZA DE LA LESION / PARTE AFECTADA	DIAS INCAPACIDAD	SECUELAS

ENFERMEDAD PROFESIONAL

SI ☐

NO ☒

ANTECEDENTES PERSONALES

PATOLOGICOS	SI ☐	NO ☒	NEGATIVOS	
QUIRURGICOS	SI ☒	NO ☐	OOFORECTOMIA Y HERNIORRAFIA INGUINAL	
TOXICO-ALERGICOS	SI ☐	NO ☒	NEGATIVOS	
ACCIDENTES - Fx	SI ☒	NO ☐	PERDIDA ANTEBRAZO IZQUIERDO EN ACCIDENTE DE TRANSITO A LOS 4 AÑOS DE EDAD	

ANTECEDENTES FAMILIARES

SI ☐

NO ☒

VACUNACION

COMPLETA ☒

INCOMPLETA ☐

SIN INFORMACION ☐

TETANOS	SI ☒	NO ☐	HEPATITIS B	SI ☒	NO ☐	RUBEOLA	SI ☒	NO ☐	INFLUENZA	SI ☒	NO ☐
FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS

HABITOS

FUMA?	SI () NO (X)	FRECUENCIA Y CANTIDAD:	___ CIGARRILLOS AL DIA
CONSUME LICOR?	SI ☐ NO ☒	DIARIO ☐	SEMANAL ☐ OCASIONAL ☐
CONSUME ALUCINOGENOS?	SI () NO (X)	CUAL:	FRECUENCIA:
TOMA MEDICAMENTOS?	SI () NO (X)	CUALES:	FRECUENCIA:
PRACTICA DEPORTE	SI () NO (X)	CUAL:	FRECUENCIA:

REVISION POR SISTEMAS	NEGATIVA
-----------------------	----------

	NEGATIVA
--	----------

EXAMEN FISICO

Presion Arterial:	120 / 70 mm Hg	F.C: 82	x Min	F.R: 14	x Min	TALLA	156	Cms	Peso:	59	Kg	IMC:	22,6
Diestro: (X)	Ambidiestro: ()	Siniestro: ()	CONTEXTURA		DELGADA ()		MEDIA (X)		GRUESA ()				

ORGANO O SISTEMA				ORGANO O SISTEMA				SISTEMA OSTEOMUSCULAR				SISTEMA NEUROLOGICO						
	N	AN	N.E		N	AN	N.E		N	AN	N.E		N	AN	N.E			
CABEZA	X			PALADAR	X			MIEMB. SUPERIORES		X		Sensibilidad	X					
PARPADOS	X			OIDOS- PABELLON	X			MIEMB. INFERIORES	X			Fuerza	X					
PUPILAS	X			OIDOS - C.A.I	X			COLUMNA-ALINEACION	X			Marcha	X					
ESCLEROTICA	X			CUELLO / TIROIDES	X			Inclinaciones	X			Reflejos	X					
MOV. OCULARES	X			TORAX	X			Rotaciones	X			Tono Muscular	X					
FONDO DE OJO	X			MAMAS	X			Flexo Extensiones	X			Estado Mental	X					
TABIQUE NASAL	X			R. RESPIRATORIOS	X			OBSERVACIONES: AUSENCIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO POR TRAUMA										
CORNETES	X			ABDOMEN	X													
OROFARINGE	X			VASCULAR PERIFERICO	X			Usa lentes	SI	X	NO		VC		VL			
DENTADURA	X			PIEL Y FANERAS	X			Fecha Ultimo Cambio								2.	0	22

PARACLINICOS

EXAMENES	DIA	MES	AÑO	RESULTADOS

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

SANA

CONCEPTO

APTO:	☐	APTO CON PATOLOGIA NO INCAPACITANTE	☐	APTA CON RESTRICCIONES	☒
APLAZADO TEMPORALMENTE	☐	NO APLICA AL PERFIL BIOLABORAL DEL CARGO			☐

RECOMENDACIONES	

CONSULTAR EN SU EPS	SI ()
	NO (X)

Declaro que la informacion que he suministrado al médico es veridica y me hago responsable por cualquier inexactitud en el suministro de ella.

[Signature]

FIRMA DE LA ASPIRANTE
CC 52.266.542 de Bogotá

June S

JORGE ALBERTO CANO SANCHEZ
REGISTRO 0523-96 D.S.S.A
LICENCIA SST 60064272