CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Dirreción: CALLE 134 BIS NO. 18 - 43
Teléfono: (57 1) 3099174 - 3108737604
Web: www.labintox.com
Email: labintox@hotmail.com

FECHA DE EXAMEN 2022-10-26
TIPO DE EXAMEN PERIODICO PARA TRABAJO EN ALTURAS

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos SHARON MICHELLE FERREIRA N Identificación CC Nro 1031155271
Fecha de Nacimiento 1994-08-17 **Edad** 28 **Sexo** F
Empresa FUMIGADORES DE COLOMBIA FUMICOL LTDA
Cargo COORDINADORA SIG
Fecha Ingreso 2022-10-26 09:04:51
Fecha Salida 2022-10-26 17:24:38

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA	HISTORIA CLINICA AUDITIVO
HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	COLESTEROL TOTAL
COLINESTERASA ERITROCITICA	GLICEMIA PRE
PIRETROIDES	TIEMPO DE PROTOMBINA
TRIGLICERIDOS	

CONCEPTO Apto para trabajos en Alturas

RECOMENDACIONES 1. Se sugiere control periódico de optometría. 2. Higiene postural, pausas activas de manos, codos, columna dorsal. 3. Hábitos de vida saludable, hidratación, cuidados de la piel. Dieta baja en grasa, ejercicio. Uso de medias de compresión baja.

OBSERVACIONES 1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO PARA TRABAJO EN ALTURAS. 2. AUDIOMETRIA, OPTOMETRIA, LABORATORIOS (CT, TG, GLICEMIA, PT, PIRETROIDES, COLINESTERASA). 3. APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS. 4. APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO DE COORDINADORA SIG. 5. APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS.



JUAN CARLOS GOMEZ DE LA
CC 79471633 RM RES. 11401 de 01/10/2018
Firma y sello del médico

SHARON MICHELLE FERREIRA
C.C 1031155271
Firma del trabajador Evaluado

Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos, ocupacionales que me han practicado.
Certifico que las respuestas dadas por mi, en este examen y registrado en este documento están completas y son verídicas. Entendiendo que la realización de este proceso es voluntaria y libre de toda cohersion y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento, antes de que se realizaran las pruebas. Fuí informado de las medidas que LABINTOX S.A.S tomará para proteger la confidencialidad de los resultados. Autorizo a LABINTOX S.A.S para que suministre, por cualquier medio físico o electrónico, la información registrada en este documento a las personas o entidades contempladas en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional de la empresa, de los cuales recibiré los resultados y estoy de acuerdo con el proceso. Reitero con mi firma que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad plena de expresar mi consentimiento.