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 2023-04-17
TIPO DE EXAMEN PERIODICO PARA TRABAJO EN ALTURAS



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellidos y Nombres CAPERA LAGOS DUBAN ALEJANDRO Identificación CC Nro 1073710710
Fecha de Nacimiento 1997-05-30 **Edad** 25 **Sexo** M
ARL NO REFIERE
EPS SALUD TOTAL S.A. E.P.S. **AFP** PORVENIR S.A.
Empresa FUMIGADORES DE COLOMBIA FUMICOL LTDA
Actividad Ecónomica **Ciudad De Atencion** Bogotá, D.C.
Cargo OPERARIO MIP
Fecha Ingreso 2023-04-17 12:58:12

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN ESPIROMETRIA
HISTORIA CLINICA AUDITIVO	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
COLINESTERASA ERITROCITICA	GLICEMIA PRE
PERFIL LIPIDICO	PIRETROIDES
TIEMPO DE PROTOMBINA	

CONCEPTO Apto para trabajos en Alturas

Periodico normal Apto para trabajos en espacios confinados Apto paramanipulacion de plaguicidas y rodenticidas

OBSERVACIONES

Cumplimiento de normas de ergonomía, seguridad y uso correcto de sus elementos de protección personal, Se realizó EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR, TRABAJO EN ALTURAS ESPACIOS CONFINADOS, MANEJO INTEGRAL DE PLAGAS Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA, ESPIROMETRIA, COLINESTERASA ERITROCITICA, PIRETROIDES EN ORINA, TIEMPO DE PROTROMBINA, COLESTEROL TOTAL, HDL, LDL, TRIGLICERIDOS, GLICEMIA puede seguir en el cargo sin restricción actual, no hay cambios relevantes con examen médico ocupacional anterior.
PERIODICO NORMAL
APTO PARA TRABAJOS EN ALTURAS
APTO PARA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS
APTO PARA MANIPULACION DE PLAGUICIDAS Y RODENTICIDAS

RECOMENDACIONES

OTRAS:	SI	Pausas activas, hábitos de vida sana, ejercicio aeróbico 150 minutos semanales, capacitación según plan de trabajo del SGSST, control ocupacional según profesiograma.

CONTROLES

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

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

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.



JUAN CARLOS GOMEZ DE LA ROSA
RM: RES. 11401 de 01/10/2018
Firma y sello del médico siplasdor

DUBAN ALEJANDRO
CC 1073710710
Firma del trabajador siplasdo