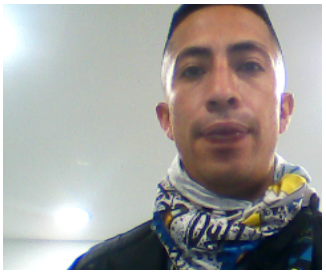
CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

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

FECHA DE EXAMEN 2022-10-21
TIPO DE EXAMEN PERIODICO PARA TRABAJO EN ALTURAS



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos JEFERSON ANDRES CASALLES QUIROGA — Identificación CC — Nro 1024537866
Fecha de Nacimiento 1993-02-07 — **Edad** 29 — **Sexo** M
ARL OTROS
EPS EPS COMPENSAR — **AFP** COLPENSIONES
Empresa FUMIGADORES DE COLOMBIA FUMICOL LTDA
Actividad Ecónomica — **Ciudad De Atencion** Bogotá, D.C.
Cargo TECNICO MIP
Fecha Ingreso 2022-10-21 07:10:53 — **Fecha Salida** 2022-10-26 13:26:42

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 — APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS, APTO PARA MANEJO INTEGRAL DE PLAGAS

OBSERVACIONES

EXAMEN PERIODICO PARA TRABAJO EN ALTURAS

PARACLINICOS : AUDIOMETRIA, OPTOMETRIA, ESPIROMETRIA, LABORATORIO (PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA PRE, COLINESTERASA ERITROCITICA, PT, PIRETROIDES EN ORINA)

APTO PARA CONTINUAR EN EL CARGO, CUMPLIR NORMAS DE ERGONOMIA Y SEGURIDAD.

RECOMENDACIONES

OTRAS:	SI	HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, HABITOS DE VIDA SANA, USO DE CORRECCION OPTICA PARA VISION LEJANA, USO DE EPP. CONTROLES PERIODICOS POR EPS.

CONTROLES

CONDICION VISUAL	SI
CONDICION VISUAL	SI
RIESGO QUIMICO	SI
PREVENCION DE ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES	SI

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.

Dra. Julia Elena Navarrete F.
Medica Cirujana U. Nacional
Especialista Salud Ocupacional
U. El Bosque
R.M. 10.825 Lic. S.O 4797/2014

JULIA ELENA NAVARRETE FANDINO
RM: 3592
Firma y sello del médico siplasdor

JEFERSON ANDRES CASALLES QUIROGA
CC 1024537866
Firma del trabajador siplasdo