# 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** 2023-04-20
**TIPO DE EXAMEN** PERIODICO PARA TRABAJO EN ALTURAS



## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

**Apellidos y Nombres** HERNANDEZ RINCON MIGUEL ANGEL Identificación CC Nro 1033744145

**Fecha de Nacimiento** 1992-04-03 **Edad** 31 **Sexo** M

**ARL** COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA

**EPS** FAMISANAR LTDA. E.P.S. **AFP** SKANDIA ALTERNATIVO

**Empresa** FUMIGADORES DE COLOMBIA FUMICOL LTDA

**Actividad Ecónomica** **Ciudad De Atencion** Bogotá, D.C.

**Cargo** OPERARIO MIP

**Fecha Ingreso** 2023-04-20 09:18:32

## 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

**OBSERVACIONES**

Tipo de examen: Periódico con énfasis trabajo en alturas.
Adicionales: Optometría, audiometría, Espirometría Laboratorio: Lípidos,Glicemia, Colinesterasa. PT, Piretroides.
Cumplimiento de normas de seguridad en alturas, bioseguridad y ergonomía.
APTA PARA TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS. USO DE PLAGUICIDAS Y RODENTICIAS

**RECOMENDACIONES**

OTRAS: SI

Valoración y control por otorrino EPS
Control médico ocupacional anual, con paraclínicos según perfil de cargo.
Reforzar programa de pausas activas, con énfasis en Miembros superiores y columna vertebral.
Capacitación en seguridad en alturas, higiene postural y estilos de vida saludable según plan de trabajo del SGSST.

**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 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.

# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

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




**ELIAS GOMEZ SANCHEZ**
**RM: SST:4236/2017**
**Firma y sello del médico siplasdor**

**MIGUEL ANGEL**
**CC 1033744145**
**Firma del trabajador siplasdo**

**Bogotá, D.C. - Bogotá, D.C.**