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 2023-05-04
TIPO DE EXAMEN PERIODICO PARA TRABAJO EN ALTURAS



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellidos y Nombres TORRES MORENO WILSON JAIR Identificación CC Nro 79891920
Fecha de Nacimiento 1977-06-07 **Edad** 45 **Sexo** M
ARL COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA
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 CONDUCTOR
Fecha Ingreso 2023-05-04 07:20:10

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, Laboratorio: Lípidos,Glicemia, PT, PIRETROIDES, COLINESTERASA
Cumplimiento de normas de seguridad en alturas, bioseguridad y ergonomía.
APTA PARA TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS. USO DE PLAGUICIDAS Y RODENTICIDAS

RECOMENDACIONES

OTRAS:	SI	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

WILSON JAIR
CC 79891920
Firma del trabajador siplasdo

Bogotá, D.C. - Bogotá, D.C.