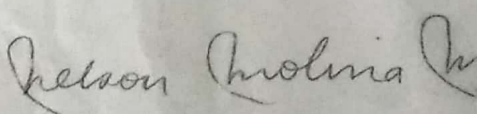
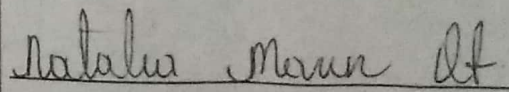


NELSON MOLINA MARTÍNEZ

Calle 47 N°.48-47. BELLO/ANTIOQUIA.

Teléfono: 4570790

Celular 3146847053

Dr. NELSON MOLINA MARTÍNEZ MD. Especialista. Salud Ocupacional. U de A. Lic. 113070.		Fecha					
		Día	Mes	Año			
		10	01	2018			
EXAMEN DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO							
1) INFORMACIÓN GENERAL							
EMPRESA USUARIA: SENA							
NATALIA MAR'IN OTÁLVARO NOMBRES Y APELLIDOS		CÉDULA 1 035 417 024	EDAD: 30 años Fecha de Nacimiento 23/03/1987	Género F			
Cargo: Instructora			Teléfono: 312 865 6282				
2) EXÁMENES							
Tipo de examen	Normal		Tipo de examen	Límites normales	Otros exámenes	Límites normales	
	SI	NO				SI	NO
Osteomuscular	X		Visiometría	X		Audiometría	
Cardíaco	X		Otorrinolaringológico	X		Espirometría	
Pulmonar	X		Metabólico (laboratorios)	X		Optometría	X
Neurológico	X					EKG	
Mental	X		Prueba de embarazo:			Rx Tórax	
Observaciones: presenta trastorno de refracción corregido con lentes. No le genera restricciones para trabajar.							
3) Antecedentes patológicos de importancia: No.							
4) SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO QUE SE RECOMIENDAN IMPLEMENTAR							
Sistemas de vigilancia							
Intervención del riesgo ergonómico (desordenes musculo esqueléticos)	X		Intervención del riesgo biológico			NA	
Conservación Respiratoria	X		Intervención del riesgo cardiovascular			NA	
Conservación Visual	X		Intervención del riesgo químico			NA	
Conservación Auditiva	X		Intervención del riesgo psicosocial			X	
Intervención del riesgo público	X		Intervención del riesgo mecánico			X	
Intervención del riesgo por exposición a radiaciones	X						
5) CONCEPTO DE APTITUD							
Restricciones para el cargo: NO							
6) AUTORIZACIÓN							
Autorizo al aspirante para laborar en:		ESPACIOS CONFINADOS:		SI ☐	NO ☐	NA ☒	
ALTURAS SI ☐ NO ☐ NA ☒		MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS:		SI ☐	NO ☐	NA ☒	
RECOMENDACIONES:							
Hábitos saludables: dieta y ejercicio. Bajar peso (sobrepeso).							
Optometría EPS anual.							
Uso diario de protector solar.							
Firma Digitalizada del Médico				Declaro que la información suministrada es verídica.			
							
FIRMA DIGITALIZADA DEL MÉDICO				FIRMA ASPIRANTE O TRABAJADOR			