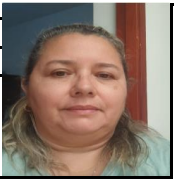


Ciudad: SANTA ROSA RISARALDA Fecha: jueves, 1 de febrero de 2024 Hora: 2:45:00 a. m.
Empresa: INDEPENDIENTE Examen de: Ingreso



1. DATOS E IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR									
Apellidos y Nombres completos:		ROJAS GUZMAN CLAUDIA PATRICIA							
No. de Identificacion:		31.497.706	de	CARTAGO	Sexo:	Femenino	Edad:	50	
Fecha de Nacimiento:		30 de julio de 1973	Ciudad:	CARTAGO	Departamento:		VALLE		
Estado Civil:		Casado	Escolaridad:		Profesional		Ocupacion:	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
Direccion residencia:		CRA 9 No 8- 26, LA VICTORIA VALLE			Telefono:		Celular:	3117206862	
E.P.S.		COSMITET		A.R.P.		A.F.P.	PORVENIR		

2. INFORMACION LABORAL											
Nombre del cargo actual o a desempeñar:		CONTRATISTA				Seccion:	OPERATIVA				
Antigüedad en la empresa:			Turno:	Diurno	Fecha de ingreso:						
Factores de Riesgo Ocupacional											
Fisico		Mecanico		Alto Riesgo		Quimico		Ergonomico		Psicosocial	
☒ Ruido		☒ Golpes		☐ Trabajo en alturas		☐ Vapores		☒ Manejo de cargas		☐ Organizativo	
☒ Iluminacion		☒ Caidas		☐ Trabajo en caliente		☐ Humos		☐ Posturas Forzadas		☒ Humano	
☐ Vibracion		☐ Atrapamiento		☐ Riesgo Electrico		☐ Gases		☒ Posturas Prolongadas		☐ Publico	
☐ Radiaciones		☐ Friccion		☐ Espacios confinados		☐ Material particulado		☒ Movimientos repetitivos		☐ Transito	
☐ Frio		☒ Locativo		☐ Explosion/Incendio		☐ Contacto S. Quimicas		☐ Videoterminales		☒ Biologico	
☒ Calor		☐ Proyeccion particulas									
Equipos, maquinaria o herramientas utilizadas:											
Elementos de proteccion personal:										☐ Casco ☐ Gafas ☐ Guantes ☐ Botas ☐ Protector Auditivo ☐ Protector respiratorio	
Otros:											

3. ANTECEDENTES LABORALES			
Empresa	Cargo	Tiempo	Factores de Riesgo
INDEPENDIENTE	CONTRATISTA	5 AÑOS	ERG, BIOMECH, MEC, BIOL

M= Mecanico T= Temperaturas extremas E= Electrico RA=Radiaciones R= Ruido H= Humos V=Vapores G=Gases SQ= Sustancias Quimicas ERG= Ergonomico C=Cargas VDT=Videoterminales P=Publico B=Biologico

ACCIDENTES DE TRABAJO ☐ Si ☒ No			
Descripcion	Año	Secuela	Empresa

ENFERMEDAD PROFESIONAL ☐ Si ☒ No	
Año	Descripcion

4. ANTECEDENTES PERSONALES									
Familiares	NO REFIERE								
Patologicos	ARTROSIS								
Osteomusculares	NO REFIERE								
Quirurgicos	NO REFIERE								
Traumaticos	NO REFIERE								
Farmacologicos	NO REFIERE								
Inmunologicos	NO REFIERE								
Habitos	FUMA NO, LICOR NO, DEPORTE CAMINATA								
Alergicos y Otros	NO REFIERE								
Ginecologicos	NA								

F.U.R.		Ciclos		Fecha ultima citologia		Resultado	
Obstetricos	G ☐ P ☐ A ☐ C ☐ E ☐ G ☐ V ☐	Planificacion:		Ninguno			

6. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMAS									
NO REFIERE SINTOMAS ACTUALES									

7. EXAMEN FISICO									
Peso (Kg):	79	Talla (m):	1,5	I.M.C.	35,1	Interpretacion:	Obesidad GI	Dominancia:	Diestro
Tension Arterial (mmHg):	100/70	Frecuencia Cardiaca (latidos/min):	83	Frecuencia Respiratoria (resp/min):	16				
Aspecto general	Buen estado general					Constitucion corporal	Media		
Cabeza - Cuello	Sin alteraciones								
Ojos	Sin alteraciones								

Agudeza visual (Test Snellen): Lejana O.D. O.I. Cercana O.D. O.I.
Con lentes ☐ Sin lentes ☒

Nariz		Sin alteraciones
Boca	Faringe - Amígdalas	Sin alteraciones
	Dentadura	Sin alteraciones
Oído	C.A.E. y Membrana Timpanica	Sin alteraciones
Torax	Ruidos cardiacos y respiratorios	Sin alteraciones
Abdomen	Masas y Hernias	Sin alteraciones
Vascular	Varices	No presenta
Piel y Faneras	Cicatrices y tatuajes	No presenta
Neurologico	Fuerza y Sensibilidad	Sin alteraciones
Genitourinario		No evaluo genitales no hay hernias inguinales en bipedestacion
Columna	Simetria y curvaturas	Sin alteraciones
	Dolor o espasmo	No presenta
	Movilidad	Sin alteraciones , TEST DE WELLS III
	Marcha	Sin alteraciones
Miembros inferiores	Cadera y Rodillas	SIN ALTERACIONES
	Tobillos y pies	Sin alteraciones
Miembros superiores	Hombros y codos	Sin alteraciones
	Muñecas y Manos	Sin alteraciones
	Phalen y Tinel	Negativos

8. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Audiometria	<input type="text"/>	SAL <input type="text"/>	ELI O.D. <input type="text"/>	ELI O.I. <input type="text"/>	LARSEN O.D. <input type="text"/>	LARSEN O.I. <input type="text"/>											
	VIA	OIDO DERECHO				OIDO IZQUIERDO											
		250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
	AREA																
	OSEA																
Visiometria	<input type="text"/>	Agudeza visual Lejana O.D. <input type="text"/>	O.I. <input type="text"/>	Agudeza visual cercana O.D. <input type="text"/>	O.I. <input type="text"/>												
		Stereopsis <input type="text"/>	Forias <input type="text"/>	Cromaticidad <input type="text"/>													
Optometria	<input type="text"/>																
Espirometria	<input type="text"/>																
Serología	<input type="text"/>	Coprologico	<input type="text"/>	Frotis N.F.	<input type="text"/>												
Otros:	K.O.H	<input type="text"/>	Coprocultivo	<input type="text"/>	Cultivo N.F.	<input type="text"/>											

9. DIAGNOSTICO	CIE-10	10. CONDUCTA Y RECOMENDACIONES
EXAMEN OCUPACIONAL	Z100	EJERCICIO REGULAR , PAUSAS ACTIVAS
OBESIDAD	E669	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
		USO DE ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL PARA EL CARGO
		CONTROL DIETARIO Y NUTRICIONAL BAJAR DE PESO
		CONTROL OPTOMETRICO ANUAL

Restricciones :

NINGUNA. Se realizó encuesta epidemiológica al ingreso a la institución sobre síntomas de COVID -19, contacto con pacientes sospechosos o confirmados de COVID – 19, se realiza lavado de manos según las recomendaciones de la OMS, en los 5 momentos, técnica y duración, se utiliza equipo de protección personal y las medidas para la protección del paciente con COVID -19, también se realiza limpieza y desinfección de los equipos

Sistemas de Vigilancia Epidemiologica:

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Respiratorio ☒ Osteomuscular ☐ Dermatologico ☐ Cardiovascular ☐

14. APTITUD MEDICA

Firma Medico Ocupacional y Registro Medico

Firma y cédula del trabajador

Declaración del trabajador: Certifico que la información que he suministrado es verdad, puede ser confirmada por la empresa aceptando que cualquier inexactitud puede motivar la invalidez de mi contrato; igualmente certifico que he comprendido el proposito, beneficios e interpretacion de mi examen medico y resultados paraclínicos.

Certificado de Aptitud laboral de :	Ingreso
Fecha de Atencion:	jueves, 1 de febrero de 2024
Nombre del trabajador:	ROJAS GUZMAN CLAUDIA PATRICIA
Cedula de Ciudadania:	31.497.706 de CARTAGO
Edad:	50 años
Empresa:	INDEPENDIENTE
Cargo:	CONTRATISTA
Area / Seccion:	OPERATIVA



Conducta y recomendaciones:
EJERCICIO REGULAR , PAUSAS ACTIVAS
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
USO DE ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL PARA EL CARGO
CONTROL DIETARIO Y NUTRICIONAL BAJAR DE PESO
CONTROL OPTOMETRICO ANUAL
0
0
0
0

Exámenes complementarios

Audiometria	00/01/1900	SAL	0	ELI O.D.	0	ELI O.I.	0	LARSEN O.D.	0	LARSEN O.I.	0
Visiometria	00/01/1900	Agudeza visual Lejana	O.D.	0	O.I.	0	Agudeza visual cercana	O.D.	0	O.I.	0
		Stereopsis	0	Forias	0	Cromaticidad	0				
Optometria	0/01/1900	0									
Espirometria	0/01/1900	0									
0/01/1900	Serología	0	Coprologico	0	Frotis N.F.	0					
Otros:	K.O.H	0	Coprocultivo	0	Cultivo N.F.	0					

0

Restricciones:
NINGUNA. Se realizó encuesta epidemiológica al ingreso a la institución sobre síntomas de COVID -19, contacto con pacientes sospechosos o confirmados de COVID – 19, se realiza lavado de manos según las recomendaciones de la OMS, en los 5 momentos, técnica y duración, se utiliza equipo de protección personal y las medidas para la protección del paciente con COVID -19, también se realiza limpieza y desinfección de los equipos después de la atención del paciente.

Sistemas de Vigilancia Epidemiologica:
☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Respiratorio ☒ Osteomuscular ☐ Dermatologico ☐ Cardiovascular ☐ 0

Concepto medico de Aptitud Laboral: Apto para el cargo sin restricciones

a presente certificacion se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador la cual tiene caracter confidencial y su manejo regulado (Resolucion 2346 del 2007. Resolucion 1918 del 2009)


Firma Medico Ocupacional y Registro Medico


Firma y cédula del trabajador

Declaración del trabajador: Certifico que la informacion que he suministrado es verdad, puede ser confirmada por la empresa aceptando que cualquier inexactitud puede motivar la invalidez de mi contrato; igualmente certifico que he comprendido el proposito, beneficios e interpretacion de mi examen medico y resultados paraclínicos.