Servicios Médicos Integrados
Santa Luisa
Salud Ocupacional
Seguridad y Salud en el Trabajo

Fecha de recepción de Muestra	31 AGOSTO DE 2023
Nombres y Apellidos	BEATRIZ ADRIANA MORA SIMANCA
Documento	PPT 1143550
Examen Solicitado	FROTIS FARÍNGEO, FROTIS DE UÑAS, CUTÁNEA

RESULTADOS

EXAMEN	TÉCNICA	PARAMETROS	RESULTADO
FROTIS DE GARGANTA	coloración de gram	Reacción leucositaria	ESCASAS
		Bacterias	cocos gram+ positivos + Basilos Gram+ positivos +
		Otras Estructuras	
FROTIS DE UÑAS	KOH	Uñas Mano Derecha	NEGATIVO
		Uñas Mano Izquierda	NEGATIVO

FISICO	LECTURA	PATOLOGIA	LECTURA
ALTERACIONES CUTANEAS	NEGATIVO	VIAS RESPITAROIAS Y DIGESTIVAS SUPERIORES	NEGATIVO

EL SUSCRITO MÉDICO CERTIFICA QUE:
Ha sido examinado y no presenta signo o síntomas de enfermedad infectocontagiosa que le impida vivir en comunidad. Sintomática respiratoria negativa, no presenta alteraciones dermatológicas
Es apto (a) para manipular alimentos y licores

Sergio Alfonso [illegible]tconi
Medicina General
R.M. 38700232

JULIANA ROJAS HERNANDEZ
CC 52.379.336
FECHA: 16/05/2024

FROTIS DE UÑAS Y PIEL

(KOH)

Laboratorio Clinico Dra. Yerlineis Correa Valdés

Al examen directo,

No se observan estructuras compatibles con hongos

COPROLOGICO

EXAMEN FÍSICO

COLOR: Cafe

CONSISTENCIA: Blanda

EXAMEN MICROSCÓPICO

Flora Bacteriana normal

Almidones:+

Fibra vegetal:+

Fibra muscular:+

EXAMEN PARASITOLÓGICO

NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS PARASITARIAS EN LA MUESTRA ANALIZADA

Yerlineis Correa Valdés
C.C 22 800 306
Bacterióloga USB
Esp. en Gerencia de Laboratorios

Dra. YERLINEIS CORREA VALDES
BACTERIOLGA U.S.B.
ESP. EN GERENCIA DE LABORATORIOS

Cel.: 300 723 52 67
Sede 1 Calle 139 No. 99B -36 2do Piso • Tel. : 684 62 97
Sede 2 Carrera 72 D No. 25 - 52 Sur • Tel.: 292 03 96

DRA JULIANA SILVA MEJIA
MEDICO DE SEGURIDAD Y SALUD
EN EL TRABAJO

CONCEPTO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL

Fecha	*21/05/2024*	Hora Llegada	9:00AM	Hora salida	9:30AM		
2I- IDENTIFICACION							
1. Apellido		/2. Apellido		Nombres		Doc. Identificación	52379336
ROJAS		HERNANDEZ		JULIANA		EDAD	49 AÑOS
GENERO	M F X	Fecha de nacimiento	26/08/1974	LUGAR DE NACIMIENTO	BOGOTÁ		
Escolaridad	PROFESIONAL	Estado Civil	SOLTERA	DIRECCIÓN	CALLE 46 # 3-19. APT 615		
Barrio	QUINTANARES	Ciudad	SOACHA	Teléfono	3112166286		
Empresa	SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL		Dependencia	INDEPENDIENTE	Cargo	MANIPULADORA DE ALIMENTOS	
Fecha de ingreso a la empresa	2024	Antigüedad en la empresa		Tiempo en el cargo			
EPS	*SALUDTOTAL*	ARL	POSITIVA	PENSION	COLFONDOS	Tipo de examen	**INGRESO**
Viene acompañado	SI	NO X				Parentesco	
EXAMENES, PARACLINICOS Y PRUEBAS SOLICITADAS	**EXAMEN MEDICO**	X	**ENFASIS OSTEOMUSCULAR**		**AUDIOMETRIA**		
	OPTOMETRIA				**VAL VESTIBULAR**	**NORMAL** :	
	VISIOMETRIA		EMETROPE		**LAB. CLINICO**		
OTROS							

X- CONCEPTO MARQUE CON UNA X			
TIPO DE EXAMEN		APTO (Paciente sano o con hallazgos que no representan patología alguna)	X
		APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	X
		APTO CON PATOLOGIA (Paciente que presenta por lo menos una patología, pero puede laborar normalmente)	
INGRESO	*X*	APTO CON RESTRICCION (Paciente que debido a una o más patologías puede realizar su labor, pero conciertas restricciones para no empeorar su estado clínico)	
PERIODICO		APLAZADO (No puede en el momento desempeñar elcargo alque aspira)	
EGRESO		Satisfactorio	
REINTEGRO		Satisfactorio con patología	
POST INCAPACIDAD		No satisfactorio	

Enfermedad general	no	Enfermedad Profesional	NO	Secuelas o Accidente de Trabajo-0	NO		
Requiere de exámenes complementarios	NO	Cuales					

XI- RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
SIN ALTERACIONES DERMATOLOGICAS NI OSTEOMUSCULARES
RECOMENDACIONES PREVENTIVAS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS OSTEOMUSCULARES DOS VECES AL DIA – HIGIENE DE POSTURA - ESTIRAMIENTOS Y PRECALENTAMIENTO ANTES, DURANTE Y DESPUES DE UNA ACTIVIDAD - HABITOS DE VIDA SALUDABLES - DIETA BALANCEADA –USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.
USO DE EPP SEGÚN LA EXPOSICION
DESCANSO AUDITIVO
PAUSAS VISUALES
RECOMENDACIONES DE BIOSEGURIDAD SEGÚN EL GOBIERNO NACIONAL, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS

XII – RESTRICCIONES

NINGUNA

Entiendo y acepto que la información contenida en el presente reporte es confidencial y será anexada a mi historia clínica. Seme ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales, extra-ocupacionales y sus consecuencias. En constanciaa lo anterior firmo:

HORA SALIDADECONSULTA **9:30AM**

Dra. Juliana Silva Mejía
Medico Especialista en
Seguridad y Salud en el Trabajo
Lic. 7945-2017
C.C. 1098639908

FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR

UNIDAD MEDICA LOS ANGELES
EXAMENES DE LABORATORIO

Dr. Sergio Alfonso Falconi
Medico General

Fecha de recepción de Muestra:	**MAYO 26 DE 2024**
Nombres y Apellidos	**SANDRA PATRICIA PEREZ PARRA.**
CC	**52.727.220**
Examen Solicitado:	**FROTIS FARÍNGEO - FROTIS UÑAS**

RESULTADOS

EXAMEN	TÉCNICA	PARÁMETROS	RESULTADO
FROTIS DE GARGANTA	Coloración de Gram	Reacción leucositaria	ESCASAS
		Bacterias	Cocos Gram+ Positivos: + Bacilos Gram+ Positivos+
		Otras Estructuras	-
FROTIS DE UÑAS	KOH	Uñas Mano Derecha	NEGATIVO
		Uñas Mano Izquierda	NEGATIVO

EXAMEN	COLOR	CONSISTENCIA	VALOR DE REFERENCIA
XXXXXXXX	XXXXX	XXXX	XXXXXX

EL SUSCRITO MÉDICO CERTIFICA QUE:
LA o EL PACIENTE
Ha sido examinado y no presenta signo o síntomas de enfermedad infectocontagiosa que lo (a) impida vivir en comunidad. Sintomática respiratoria negativa, no presenta alteraciones dermatológicas.
Es apto(a) para manipular alimentos y licores.

Sergio Alfonso Falconi
Medico General
R.M.

UNIDAD MEDICA LOS ANGELES

EXAMENES DE LABORATORIO

Dr. Sergio Alfonso Falconi
Medico General

Fecha de recepción de Muestra:	**ENERO 03 DE 2024**
Nombres y Apellidos	**YURI LILIANA IBAGON.**
CC	**52.508.138**
0Examen Solicitado:	**FROTIS FARÍNGEO - FROTIS UÑAS**

RESULTADOS

EXAMEN	TÉCNICA	PARÁMETROS	RESULTADO
FROTIS DE GARGANTA	Coloración de Gram	Reacción leucositaria	ESCASAS
		Bacterias	Cocos Gram+ Positivos: + Bacilos Gram+ Positivos+
		Otras Estructuras	-
FROTIS DE UÑAS	KOH	Uñas Mano Derecha	NEGATIVO
		Uñas Mano Izquierda	NEGATIVO

EXAMEN	COLOR	CONSISTENCIA	VALOR DE REFERENCIA
XXXXXXXX	XXXXX	XXXX	XXXXXX

EL SUSCRITO MÉDICO CERTIFICA QUE:
LA o EL PACIENTE

Ha sido examinado y no presenta signo o síntomas de enfermedad infectocontagiosa que lo (a) impida vivir en comunidad. Sintomática respiratoria negativa, no presenta alteraciones dermatológicas.
Es apto(a) para manipular alimentos y licores.

Sergio Alfonso Falconi
Medicina General