SALUD SOCIAL EL ROSAL S.A.S.
NIT 900,440,814-0
CRA 6 NO. 5 -94 BARRIO LLERAS (EL ROSAL - CUND)
CEL 3223617224

EXAMEN MEDICO

TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] EGRESO [ ] PERIODICO [ ] OTROS [ ]

EMPRESA: Alcaldía Facatativa
LUGAR Y FECHA: El Rosal 09/SEP/2024

I. IDENTIFICACION

APELLIDOS: Forero Castañeda
NOMBRES: Astrid Dayanna
C.C. No. 1070986136 EDAD(años): 26 GENERO: M [ ] F [X] FECHA DE NACIMIENTO: 13/SEP/1998
NATURAL DE: Facatativa PROCEDENCIA: Facatativa
DIRECCION: Cll 10 Nº 3A-23 Santa Rita TELEFONO: 3227692878

ESCOLARIDAD: Grados 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 — TECNICA [ ] UNIV. [ ] C [ ] I [X]

ESTADO CIVIL: SOLTERO [ ] CASADO [ ] U. LIBRE [X] SEPARADO [ ] VIUDO [ ]

CARGO A DESEMPEÑAR: Auxiliar veterinaria oficial

II. HISTORIA OCUPACIONAL

EMPRESA	CARGO	TIEMPO LABORADO AÑOS	TIEMPO LABORADO MESES	FACTORES DE RIESGO	E.P.P
Independiente					SI [ ] NO [ ]
					SI [ ] NO [ ]
					SI [ ] NO [ ]
					SI [ ] NO [ ]
					SI [ ] NO [ ]
					SI [ ] NO [ ]
					SI [ ] NO [ ]

PRESTO SERVICIO MILITAR SI [ ] NO [X] FECHA: TIEMPO DE SERVICIO

HA SUFRIDO ACCIDENTES DE TRABAJO SI [ ] NO [X]

EMPRESA	ARP	FECHA	Tipo de lesion	PARTE AFECTADA	INCAP	SECUELAS
					SI [ ] NO [ ]	
					SI [ ]	
					SI [ ]	
					SI [ ]	
					SI [ ]	
					SI [ ]	
					SI [ ]	
					SI [ ]	

HA SUFRIDO ENFERMEDAD PROFESIONAL SI [ ] NO [X]

EMPRESA	ARP	DIAGNOSTICO	FECHA	SECUELAS

OBSERVACIONES:

EXAMEN MEDICO

VI. HABITOS TOXICOS

NO Fumador / EX Fumador	AÑOS DE SUSPENSION DEL HABITO	FUMADOR	AÑOS DE FUMADOR	No. de cigarrillos al día

LICOR: TOMA SI ☐ NO ☑	CUANTO	PERIODICIDAD D☐ S☐ Q☐ M☐	TIPO DE LICOR

VII. ACTIVIDADES EXTRALABORALES

HABITOS	SI	NO	FRECUENCIA D	S	Q	M
Agricultura						
GANADERIA						
MODISTERIA						
MECANICA						
Carpinteria						
PELUQUERIA						

HABITOS	SI	NO	FRECUENCIA D	S	Q	M
Construccion		/				
Of.domesticos	/		/			
Ceramica						
Baloncesto						
Natacion						
Voleibol						

HABITOS	SI	NO	FRECUENCIA D	S	Q	M
FUTBOL						
CICLISMO						
TEJO						
GIMNASIO						
PESAS						
ATLETISMO		/				

OBSERVACIONES: Ninguna

VIII. REVISION POR SISTEMAS

	SI	NO
S. Nervioso y organos de los sentidos		/
S. RESPITATORIO		/
S. CARDIOVASCULAR		/
S. GASTROINTESTINALES		/
S. GENITOURINARIOS		/
S. OSTEOMUSCULARES		/
T. ENDOCRINOS Y METABOLICOS		/
PIEL Y FANERAS		/

OBSERVACIONES:

IX. EXAMEN FISICO

PESO: 56 TALLA: 157 T.A. 115/70 F.G 66 F.R 20 I.M.C 16

ESTADO GENERAL: BUENO X REGULAR____ MALO____

DIESTRO / SINIESTRO____ AMBIDIESTRO____

HALLAZGOS	N	A	OBSERVACIONES
Cabeza	/		
Ojos	/		
Nariz	/		
Orofaringe	/		
Dentadura	/		
Oidos	/		
Cuello	/		
Torax	/		
Senos	/		
Cardiaco	/		

HALLAZGOS	N	A	OBSERVACIONES
Pulmonar	/		
Abdominal	/		
Genito-urinario	/		
Hernias	/		
MMII	/		
MMB	/		
Osteo-musc.	/		
Columna Vert.	/		
Neurologico	/		
Piel y faneras	/		

X. AGUDEZA VISUAL (TEST DE SNELLEN)

OJO IZQUIERDO Lejos 20/20 Cerca 20/20 OJO DERECHO Lejos 20/20 Cerca 20/20 Con lentes Sin lentes X

EMPLEO MEDICO

XI. PARACLINICOS

EXAMEN	FECHA	RESULTADO	EXAMEN	FECHA	RESULTADO

OBSERVACIONES: _____

XII. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	COD.	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	COD.	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	COD.
APTA					

CONCEPTO CUMPLE REQUISITOS MEDICOS PARA EL CARGO ☑ NO CUMPLE LOS REQUISITOS MEDICOS PARA EL CARGO ☐ RESTRICCIONES SI ☐ NO ☑ Cuales:

XIII. RECOMENDACIONES

NO

NOMBRE DEL MEDICO _____

FIRMA DEL MEDICO _____

REGISTRO No. _____

Certifico que todo lo registrado en esta historia es verídico y que no he omitido informacion relacionada con mi estado o antecedentes de salud

Acepto los resultados y conceptos del presente examen los cuales podrán ser utilizados, en caso necesario, para cualquier certificado de la empresa y la solicitud de las autoridades judiciales ademas personas determinadas en la ley que lo soliciten.

FIRMA TRABAJADOR _____

CEDULA No. 1070986136.