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 2022-04-12
TIPO DE EXAMEN INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos GLORIA MERCEDES MERCADO SIERRA Identificación CC Nro 64588390
Fecha de Nacimiento 1980-10-21 **Edad** 41 **Sexo** F
Empresa PARTICULAR
Cargo DIRECTOR DE INTERVENTORIA
Fecha Ingreso 2022-04-12 09:07:50
Fecha Salida 2022-04-12 12:27:07

EXAMENES REALIZADOS

ELECTROCARDIOGRAMA (EKG)
EXAMEN ESPIROMETRIA
HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
GLICEMIA PRE
TRIGLICERIDOS
EXAMEN DE OPTOMETRIA
HISTORIA CLINICA AUDITIVO
COLESTEROL TOTAL
PERFIL LIPIDICO

CONCEPTO Apto para trabajos en Alturas

OBSERVACIONES

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS.
2. AUDIOMETRIA,OPTOMETRIA, ESPIROMETRIA, LABORATORIOS (CT, TG, GLICEMIA). EKG.
3. APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS.
4. APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO DE DIRECTOR DE INTERVENTORIA.
5. DEBE LABORAR CON CORRECCION OPTICA PERMANENTE.
6. INCLUIR EN SVE BIOMECANICO.

RECOMENDACIONES

OTRAS: SI

1. Se sugiere control periódico de optometría.
2. Higiene postural, pausas activas de manos, codos, columna dorso-lumbar y tren inferior. Alternar posturas, alternar tareas.
3. Hábitos de vida saludable, hidratación, cuidados de la piel. Control y manejo de patologias de base por EPS. Uso de medias de compresion baja.

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





YINNY ALEJANDRA SANCHEZ GOMEZ
RM: 114341 – 2012
Firma y sello del médico siplasdor

GLORIA MERCEDES MERCADO SIERRA
CC 64588390
Firma del trabajador siplasdo