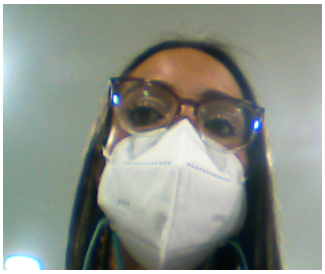
CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Dirreción: CALLE 134 BIS NO. 18 - 43
Teléfono: (57 1) 3099174 - 3108737604
Web: www.labintox.com
Email: labintox@hotmail.com

FECHA DE EXAMEN 2022-03-31
TIPO DE EXAMEN INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	JULIE MARCELA GARCIA REYES		Identificación CC	Nro 1010171953	
Fecha de Nacimiento	1987-06-23	**Edad**	34	**Sexo**	F
Empresa	ARQ S.A.S				
Cargo	RESIDENTE EN SST				
		Fecha Ingreso	2022-03-31 10:02:36		
		Fecha Salida	2022-03-31 16:20:57		

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN ESPIROMETRIA	HISTORIA CLINICA AUDITIVO
HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	HISTORIA CLINICA VISIOMETRIA
GLICEMIA PRE	PERFIL LIPIDICO

CONCEPTO Apto para trabajos en Alturas

OBSERVACIONES

Cumplimiento de normas de ergonomía, seguridad y uso adecuado de los elementos de protección personal Se realizo EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR, TRABAJO EN ALTURAS Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS VISIOMETRIA, AUDIOMETRIA, ESPIROMETRIA, COLESTEROL TOTAL, TRIGLICERIDOS, GLICEMIA,
APTO PARA EL CARGO
APTO PARA TRABAJOS EN ALTURAS

RECOMENDACIONES

OTRAS:	NO	Pausas activas, hábitos de vida sana, ejercicio aeróbico 150 minutos semanales, uso de lentes correctivos permanentes, capacitación según plan de trabajo del SGSST, control ocupacional según profesiograma, acatar las normas de bioseguridad emitidas actualmente por ministerio de salud pandemia actual

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.

Dr. Juan Carlos Gómez D.
R.M. No. 79.471.633
Médico Especialista SST.
Lic. SST. 11401/-2018

JUAN CARLOS GOMEZ DE LA ROSA
RM: RES. 11401 de 01/10/2018
Firma y sello del médico siplasdor

JULIE MARCELA GARCIA REYES
CC 1010171953
Firma del trabajador siplasdo