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 2022-03-09
TIPO DE EXAMEN INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	JENNY ALEXANDRA SUAREZ ORTIZ		Identificación CC	Nro 53021186	
Fecha de Nacimiento	1985-12-05	**Edad**	36	**Sexo**	F
Empresa	ARQ S.A.S				
Cargo	RESIDENTE DE INTERVENTORIA				
		Fecha Ingreso	2022-03-09 09:51:40		
		Fecha Salida	2022-03-09 11:38:40		

EXAMENES REALIZADOS

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

CONCEPTO Apto con recomendaciones

OBSERVACIONES

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS.
2. AUDIOMETRIA, VISIOMETRIA, ESPIROMETRIA, LABORATORIOS (CT, TG, GLICEMIA).
3. APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS.
4. APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO DE RESIDENTE DE INTERVENTORIA.
5. INCLUIR EN SVE RESPIRATORIO.

RECOMENDACIONES

OTRAS: SI

1. Se sugiere control periódico de optometría.
2. Higiene postural, pausas activas de manos, codos, columna dorsal. Uso de EPP Respiratorio ante exposicion, espirometria semestral.
3. Hábitos de vida saludable, hidratación, cuidados de la piel. Dieta baja en grasas, ejercicio, Control de peso, valoracion de nutricion y manejo de patologias de base por EPS. Uso de medias de compresion baja.
4. Acatar las normas de bioseguridad emitidas por el ministerio (Lavado frecuente de manos, distanciamiento social, uso de tapabocas permanente).

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

JENNY ALEXANDRA SUAREZ ORTIZ
CC 53021186
Firma del trabajador siplasdo