

Fecha del Examen 14/02/2020 Ciudad Bogotá

1. DATOS GENERALES

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo Documento de Identidad: C.C. Cédula de Ciudadanía, C.E. Cédula de Extranjería, T.I. Tarjeta de Identidad, P.T. Pasaporte)

Apellidos y Nombres: **Alejo Espinosa Alvaro Steven** Edad (Años): **28 años** Documento de Identidad: **CC X TI**
Tipo: **No. 1.026.263.305**

Razón social de la empresa que lo contrató o contratará: **Sub Red Centro Oriente** Cargo: **Vigilancia Epidemiológica**
Nombre Empresa que trabajó anteriormente: **No aplica**

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL (Marque con una "X" una de las siguientes opciones)

☒ Pre-ingreso ☐ Post-incapacidad ☐ Periódico programado ☐ Egreso: (Diligencie desde el ítem 3)
☐ Reintegro ☐ Cambio de ocupación ☐ Otro:

2. EXAMEN DE INGRESO - POST-INCAPACIDAD - PERIÓDICO - REINTEGRO - CAMBIO DE OCUPACIÓN

CONCEPTO DE APTITUD

(Marque con una "X" una de las siguientes opciones)

Sin limitaciones o restricciones para el cargo ☒
Con limitaciones o restricciones para el cargo ☐
Aplazado ☐

REQUISITOS DE SALUD

(Marque con una "X" el cumplimiento o no aplicación de los requisitos de salud para cada uno de los tipos de trabajo)

	SI	NO	Aplazado	No aplica
Cumple con los requisitos de salud para trabajos en alturas	☐	☐	☐	☒
Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos	☐	☐	☐	☒
Cumple con los requisitos de salud para espacios confinados	☐	☐	☐	☒
Cumple con los requisitos para temperaturas extremas	☐	☐	☐	☒
Otro:	☐	☐	☐	☐

Motivo de aplazamiento: (Aplica cuando en el CONCEPTO DE APTITUD se seleccionó "Aplazado")

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Aplica cuando el CONCEPTO DE APTITUD se seleccionó "Con limitaciones o restricciones para el cargo" o cuando "NO" cumple con los requisitos de salud para uno o mas tipos de trabajo indicados. Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, tipo de trabajo, agentes o factores de riesgo se producen. Marque con una "X" en la casilla correspondiente.

¿Cuál es?	Condiciones o funciones / Tipo de Trabajo	Agentes o factores de riesgos	T	P	Recomendaciones
Optometría/Visionometría	Norma				Higiene postural
Audiometría	Norma				
Espirometría					
Terapia Física					

Médico: **Copia Nuevo seral por perdida**

El concepto de aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Examen Médico	☒	☐	Electroencefalograma	☐	☒	Valoración por especialista	☐	☐
Audiometría	☒	☐	Prueba de Neuroconducción	☐	☒	¿Cuál(es)?	☐	☐
Espirometría	☐	☒	Exámenes de Laboratorio	☒	☐	¿Cuál(es)?	☐	☐
Visionometría	☐	☒	¿Cuál(es)?			¿Cuál(es)?	☐	☐
Examen Oftalmológico	☒	☐	Radiología	☐	☐	¿Cuál(es)?	☐	☐
Electrocardiograma	☐	☒	¿Cuál(es)?			Otros	☐	☐
						¿Cuál(es)?	☐	☐

3. EXAMEN DE EGRESO

hay sospecha de: Secuela de accidente de trabajo no reportado ☐ SI ☐ NO Enfermedad Profesional ☐ SI ☐ NO Enfermedad común agravada por el trabajo ☐ SI ☐ NO

NOTA: SI EN EL EXAMEN DE EGRESO SE ENCUENTRA UNA PRESUNTA ENFERMEDAD PROFESIONAL O SECUELAS DE EVENTOS PROFESIONALES (NO DIAGNOSTICADOS) OCURRIDOS DURANTE EL TIEMPO EN QUE LA PERSONA TRABAJÓ EN LA EMPRESA, EL EMPLEADOR ELABORARÁ Y PRESENTARÁ EL CORRESPONDIENTE REPORTE (FURAT / FUREP) A LAS RESPECTIVAS ENTIDADES (ARP Y EPS).

4. OTRAS RECOMENDACIONES (Escriba en términos sencillos para que el empleador tenga en cuenta los cuidados, controles y recomendaciones)

MEDICAS	OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR E.P.S. ☐ SI ☒ NO	Uso de todos los elementos de protección personal	Realizar actividad física 3 veces por semana
Se entrega formato de remisión a E.P.S. ☐ SI ☒ NO	Seguir protocolos de seguridad e Higiene Industrial	Buena postura
Consulta Externa	Uso doble protección auditiva en ruidos extremos	Dejar de fumar
Consulta especializada	Requiere antiparasitarios para manipular alimentos	Reducir consumo de alcohol
Confirmación de Diagnóstico	Uso corrección visual permanente	Buena nutrición (Dieta Hipograsa e Hipoglúcida, bajarle a las harinas)
REMISION A R.P. ☐ SI ☒ NO	Otro:	Otro:
CONTINUAR TRATAMIENTO FORMULADO		

OTRAS RECOMENDACIONES

STELLA QUINTERO GARZÓN
MEDICO OCUPACIONAL

R.M. 118.22
S.O. 11864

Nombre del Trabajador

C.C.

FIRMA:

Certifico que no he omitido información de mi estado de salud, y que todo puede ser verificado

HUELLA