Camilo Sastoque
MÉDICO LABORAL

Médico y Cirujano Universidad SURCOLOMBIANA, Médico Laboral UMB
Licencia: 2141/15

NOMBRE:	Yolanda Gonzalez			
DOCUMENTO:	36376699	SEXO:	M	X
FECHA NACIMIENTO:	15-01-63.	ESTADO CIVIL:	Soltera	
DIRECCION:	Belen-Huila			
TELEFONO	3212368261	RH:		
ESCOLARIDAD	Tecnica	SERV. MILITAR	S	N
CARGO:	Madre comunitaria			
EMPRESA	Con Huellas de amor.			

CLASE DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

INGRESO

FECHA EXAMEN: 15 | 04 | 2023

EPS:
ARL: SURA
AFP PORVENIR

EXAMENES PARACLINICOS OCUPACIONALES

TIPO EXAMENES	FECHA	N	A
SEROLOGIA I			
SEROLOGIA II			
CUADRO HEMATICO			
EKG			
KOH DE UÑAS	15-04-23	X	
GLICEMIA			
PERFIL LIPIDICO			
COPROLOGICO	"	X	
FROTIS GARGANTA	"	X	
PARCIAL DE ORINA			
COLESTEROL TOTAL			
TRIGLICERIDOS			
CREATININA			
ESPIROMETRIA			
AUDIOMETRIA			
VISIOMETRIA			
P. PSICOLOGICA			
OTROS EXAMENES			

CONDUCTAS

MANEJO POR EPS Y ARL	
CONTROL PYP EPS	
REMISION A EPS	
CONTINUAR MANEJO MEDICO	
REMISION ARP PARA MANEJO DE CASO	
SEGUIMIENTO CASO ARP	
OCUPACIONALES	
CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL	X
HIGIENE POSTURAL	X
USO EPP	
USO AYUDAS ERGONOMICAS	
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	
HABITOS Y ESTILOS DE VIDA	
DIETA	X
EJERCICIOS REGULAR	X
NO FUMAR	
REDUCIR ALCOHOL	
PAUSAS ACTIVAS	X

PRUEBAS ADICIONALES REQUERIDAS PARA EL CARGO

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

Sin restriccion

DIAGNOSTICO Y RECOMENDACIONES

Apta para manipulacion de alimentos. Realizar control visual anual

Camilo A. Sastoque
MÉDICO LABORAL
UMB Lic. 2141/15

CAMILO ANDRES SASTOQUE MENESES
MEDICO LABORAL Licencia SST: 2141/15

AUTORIZO AL PROFESIONAL, MENCIONADO EN ESTE DOCUMENTO, A REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS PERTINENTES PARA EL EXAMEN MEDICO Y/O PARACLINICOS OCUPACIONALES REGISTRADOS EN ESTA EVALUACION MEDICA, TENIENDO DE ANTEMANO CLARIDAD SOBRE EL OBJETIVO DE ESTE EXAMEN. LA REALIZACION DE LAS PRUEBAS REQUERIDAS PARA ESTE EXAMEN FUERON REALIZADAS DE FORMA VOLUNTARIA Y SIN NINGUNA COACCION POR PARTE DE TERCEROS. TENIENDO LA OPORTUNIDAD DE CANCELAR DICHO PROCESO EN CUALQUIER MOMENTO. EL PROFESIONAL FIRMANTE ME HA ACLARADO QUE DICHA INFORMACION VA A SER DE TIPO CONFIDENCIAL. CERTIFICO QUE NO OMITI NINGUN DATO RELEVANTE SOBRE MIS ANTECEDENTES OCUPACIONALES, PERSONALES Y FAMILIARES QUE PUDIESEN INFLUIR SOBRES MI ESTADO DE SALUD Y QUE TODA LA INFORMACION QUE HE EXPRESADO, PARA LA ELABORACION DE ESTE DOCUMENTO, ES CIERTA, ADEMAS AUTORIZO EL ENVIO DE ESTE INFORME A MI EMPLEADOR.

Yolanda Gonzalez V.
FIRMA PACIENTE