EXAMEN: PREINGRESO X PERIODICO__ EGRESO_ TRABAJO-RIESGO _ CAMBIO OFICIO_ REINCORP. LABORAL_____
RECOMENDAC. LAB._CALIF. ORIGEN_CONTROL AT-EL_ DEPORTIVA_ REV. PARACLINICOS_____ **FECHA** 24/02/2025

NOMBRE-APELLIDOS: DIEGO FERNANDO PINILLA MOSQUERA **EDAD: 29 AÑOS** **C.C**: 1026291910

CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO **CIUDAD** :BOGOTÀ

EXAMENES PARACLINICOS

1. Optometría ____	4. Glicemia ____	7. P. de orina ____	10. ECG ___
2. Audiometría ____	5. Cuadro Hemático ____	8. E.M.G+N.C ____	11. Creatinina ___
3. Espirometría ____	6. Perfil Lipídico ____	9. Rayos X Columna ____	12. TGO-TGP ____

10. Otros: _____

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MÉDICA

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE			**X**
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR			____
APTO CON RESTRICCIONES O ADAPTACIONES PARA LA LABOR			____
APLAZADO			____
APTO PARA LABOR EN ALTURAS			____
APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR			____
EXAMEN DE RETIRO			____
SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO	SI ____	NO____	FECHA AT:
ENFERMEDAD PROFESIONAL	SI ____	NO____	FECHA DXCO:
ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO	SI ____	NO____	

RECOMENDACIONES

PARA ELTRABAJADOR: RESTRICCIONES LABORALES: Transitorias: _____ Tiempo: _____ Permanentes: _____

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR:

USO DE TAPABOCAS EN ESPACIOS CONFINADOS, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, HIGIENE POSTURAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLES, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS.

Se remite a EPS: ____ Continuar manejo medico por EPS Se remite a ARL: _____

PARA LA EMPRESA:
SIEMPRE DOTAR AL TRABAJADOR DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL HOMOLOGADOS SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES IDENTIFICADOS POR LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO.

Ingresar al trabajador examinado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional: Ergonómico: ____ Psicosocial:_____

Auditivo:____ Visual:__ Respiratorio:_____ Biológico:____ Químico:____ De accidente de trabajo:_____
Otro:_____



FIRMA. **NOMBRE MEDICO**
REGISTRO Y LICENCIA SO



FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. 1.026.291.910