

Sebastián Pinzón Vargas Médico RM 1098769691 Especialista Salud Ocupacional Licencia S.O. 0596333 Ctl. 11 No. 10-28 Cons 212 Tel. (607) 724 3269 Cel. 312 397 5030 - San Gil	CONCEPTO DE APTITUD LABORAL
---	--

EMPRESA CONTRATANTE:	
EMPRESA EN MISIÓN: <u>CAO</u>	
INGRESO <input type="checkbox"/> PERIÓDICO <input type="checkbox"/> EGRESO <input checked="" type="checkbox"/> ALTURAS <input type="checkbox"/> ESPECIAL: _____	FECHA: <u>5- octubre - 2015</u>
NOMBRE: <u>Paula Andrea Gonzalez Bullen</u>	C.C.: <u>1.033.794.028</u>
CARGO: <u>Contadora</u>	CIUDAD: <u>Bogotá</u>

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

1. EXAMEN MÉDICO <input checked="" type="checkbox"/>	6. ESPIROMETRÍA <input type="checkbox"/>	SEROLOGÍA <input type="checkbox"/>	P de O <input type="checkbox"/>
2. EXAMEN POSTURAL <input checked="" type="checkbox"/>	7. VISIOMETRÍA <input type="checkbox"/>	GLICEMIA <input type="checkbox"/>	EKG: <input type="checkbox"/>
3. OSTEOMUSCULAR <input checked="" type="checkbox"/>	8. PRUEBAS DE EQUILIBRIO <input type="checkbox"/>	PERFIL LIPÍDICO <input type="checkbox"/>	RX: <input type="checkbox"/>
4. AUDIOMETRÍA <input type="checkbox"/>	9. VASCULAR PERIFÉRICO <input type="checkbox"/>	CH (HB - HCTO). <input type="checkbox"/>	OTRO: _____
5. OPTOMETRÍA <input type="checkbox"/>			

CONCEPTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS <input type="checkbox"/>	NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS <input type="checkbox"/>
APLAZADO <input type="checkbox"/>	NO APLICA <input checked="" type="checkbox"/>

EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO / SIN PATOLOGÍA APARENTE (Al examen físico y anamnesis) <input type="checkbox"/>	NO APLICA <input checked="" type="checkbox"/>
CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR <input type="checkbox"/>	
APTO CON RESTRICCIÓN <input type="checkbox"/> Por motivo de _____	
APLAZADO <input type="checkbox"/> Por motivo de _____	

EXAMEN PERIÓDICO

PUEDEN CONTINUAR LABORANDO <input type="checkbox"/>	NO APLICA <input checked="" type="checkbox"/>
SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL / TEMPORAL <input type="checkbox"/> Por motivo de _____	
PERMANENTE <input type="checkbox"/> Por motivo de _____	

EXAMEN DE EGRESO

REALIZADO <input checked="" type="checkbox"/>	NO APLICA <input type="checkbox"/>
---	------------------------------------

EXAMEN ESPECIAL

REINCORPORACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>	NO APLICA <input checked="" type="checkbox"/>
SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL / TEMPORAL <input type="checkbox"/> Por motivo de _____	
PERMANENTE <input type="checkbox"/> Por motivo de _____	

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARP Control periódico PP por EPS <input type="checkbox"/> Remisión a EPS por: Hallazgos del Examen Físico <input type="checkbox"/> Continuar manejo médico <input type="checkbox"/> Remisión a ARL para manejo del caso <input type="checkbox"/> Seguimiento caso ARL <input type="checkbox"/>	OCUPACIONALES Control periódico ocupacional <input checked="" type="checkbox"/> Higiene postural <input checked="" type="checkbox"/> Utilización de EPP <input checked="" type="checkbox"/> Realizar Pausas Activas <input checked="" type="checkbox"/> Realización de pruebas complementarias <input checked="" type="checkbox"/>	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA Dieta <input checked="" type="checkbox"/> Ejercicio regular 3 veces/sem. <input checked="" type="checkbox"/> Dejar e hábito de fumar <input type="checkbox"/> Reducir el consumo de alcohol <input type="checkbox"/>
Incluir en SVE VISUAL <input type="checkbox"/> CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/>	AUDITIVO <input type="checkbox"/> PSICOLABORAL <input type="checkbox"/>	RESPIRATORIO <input type="checkbox"/> PARED ABDOMINAL <input type="checkbox"/>
	ERGONÓMICO <input type="checkbox"/> OSTEOMUSCULAR <input type="checkbox"/>	QUÍMICO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>

PP Programa de promoción y prevención de la salud Higiene oral semestral, Cálculo cervicovaginal anual, control visual anual, Control de testículos anual, Control de seno anual, Control de próstata anual

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

Continuar promoción y prevención de su salud por medio de su EPS

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

SEBASTIÁN PINZÓN VARGAS Médico Cirujano Especialista Salud Ocupacional Licencia S.O. 0596333	FIRMA DEL TRABAJADOR <u>Paula A Gonzalez Bullen</u> cc <u>1033794028</u>
--	---

