

Fecha de examen: 31/12/20 Ciudad: Cali - Valle

1. DATOS GENERALES

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

Apellidos y Nombres

Gutierrez Mosquera Paula A

Edad (años)

39

Documento de Identidad

Tipo CC No. 67.026.844

Razón Social de la empresa que lo contrató o contratará

Dpto Administrativo

Razón Social de la empresa en la que labora, laborará o laborará

Dpto Administrativo

Nombre centro de trabajo o sede de trabajo

Cargo

profesional

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

Pre-Ingreso

☒

Post-Incapacidad

☐

Periódico

☐

Egreso (Diligencia desde el Item 3)

☐

Reintegro Laboral

☐

Cambio de ocupación

☐

Otro:

☐

2. EXAMEN DE INGRESO - POSTINCAPACIDAD - PERIÓDICO - REINTEGRO - CAMBIO DE OCUPACIÓN

CONCEPTO DE APTITUD

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

Sin limitaciones o restricciones para la labor

☒

Con hallazgos que requieren medidas preventivas

☐

Con restricciones para la labor

☐

Aplazado

☐

REQUISITOS DE SALUD

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

Cumple con los requisitos de salud para trabajo en alturas

SI

NO

APLAZADO

NO APLICA

☐

☐

☐

☒

Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos

☐

☐

☐

☒

Cumple con los requisitos de salud para realizar trabajos especiales

☐

☐

☐

☒

Otros:

☐

☐

☐

☒

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

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Aplica cuando en el CONCEPTO DE APTITUD se seleccionó "Con restricciones para el cargo" o cuando "NO" cumple con los REQUISITOS DE SALUD para uno o más tipos de trabajo indicados. Describa cuáles son, ante qué condiciones o funciones, tipo de trabajo, agentes o factores de riesgo se producen. Marque con una "X" en la casilla correspondiente, según sea T: temporal o P: permanente

¿Cuál(es)?

Agentes o factores de riesgo

T | P Meses

Recomendaciones

El Concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

	SI	NO	Otros Exámenes	SI	NO	Valoración por Especialistas	SI	NO
Examen Médico con Énfasis Osteomuscular	☒	☐		☐	☒	¿Cuál(es)?	☐	☐
Audiometría	☐	☒	Exámenes de Laboratorio	☐	☒	Otros	☐	☒
Espirometría	☐	☒	¿Cuál(es)?			¿Cuál(es)?	☐	☒
Visiometría	☐	☒				Otros	☐	☒
Examen Oftalmológico	☐	☒	Radiología	☐	☒	¿Cuál(es)?	☐	☒
Electrocardiograma	☐	☒	¿Cuál(es)?			Otros	☐	☒

3. EXAMEN DE EGRESO

CONCEPTO

Sin diagnóstico de enfermedad laboral calificada o secuela de accidente de trabajo

☐

Con enfermedad laboral calificada

☐

Con secuela de accidente de trabajo

☐

NOTA: SI EN EL EXAMEN DE EGRESO SE ENCUENTRA UNA PRESUNTA ENFERMEDAD LABORAL O SECUELAS DE EVENTOS LABORALES (NO DIAGNOSTICADOS OCURRIDOS DURANTE EL TIEMPO EN QUE LA PERSONA TRABAJÓ EN LA EMPRESA, EL EMPLEADOR ELABORARÁ EL CORRESPONDIENTE REPORTE (FURAL/FUREL) A LAS RESPECTIVAS ENTIDADES (ARL Y EPS).

OBSERVACIONES (Escriba en términos sencillos para que el empleador tenga en cuenta los cuidados, controles y recomendaciones)

¿Se entrega remisión a EPS?

SI

NO

☐

☒

MÉDICO

Firma:

Registro médico

TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre:

Dra. Natalia García

Médico Mg. en Salud Ocupacional
RM. 765168/ U.S.O 14646661