WILLIAM ALBERTO HOWARD PARDO
Seguridad y Salud en el Trabajo - FUA
Gerente en Salud - U. de Cartagena
Cel: 3112323813
Email: whowardp@gmail.com
F001-HCO-WAHP / REV 18-08-2022 / V.3.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA CONTRATANTE:	CONTRATISTA
EMPRESA EN MISION:	CONTRATISTA

INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		ESPECIAL		FECHA:	3/03/2023
NOMBRE:	**SAMUEL ROBINSON**							C.C. :	**19.087.901**
CARGO:	CONTRATISTA							CIUDAD:	SAI

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

1. EXAMEN MÉDICO	X	5. ESPIROMETRÍA		LABORATORIOS / OTROS:	
2. OSTEOMUSCULAR	X	6. VISIOMETRÍA			
3. OPTOMETRÍA		7. PRUEBA PSICOTÉCNICA			
4. AUDIOMETRÍA		8. M. ALIMENTOS			

CONCEPTO

APTO PARA CURSO TRABAJO EN ALTURAS ☐ NO APTO CURSO DE T. EN ALTURAS ☐
APTO CON RECOMENDACIONES CURSO DE T. EN ALTURAS ☐ POR MOTIVO DE _____
APLAZADO ☐ MOTIVO _____ NO APLICA X

EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO / SIN PATOLOGIA APARENTE X
CON RECOMENDACIONES ☐
APTO CON RESTRICCION ☐ Por motivo de _____
APLAZADO ☐ Por motivo de _____
APTO MANIPULACION ALIMENTOS ☐
NO APTO MANIPULACION ALIMENTOS ☐ Por motivo de _____

EXAMEN PERIODICO

PUEDE CONTINUAR LABORANDO ☐ **PUEDE CONTINUAR LABORANDO CON RECOMENDACIONES** ☐
SE SUGIERE REUBICACION LABORAL / TEMPORAL ☐ Por motivo de _____
PERMANENTE ☐ Por motivo de _____

EXAMEN DE EGRESO

RETIRO SIN PATOLOGIA APARENTE ☐ RETIRO CON PATOLOGIA PARA SEGUIMIENTO EN EPS ☐

EXAMEN ESPECIAL

REINCORPORACION AL PUESTO DE TRABAJO ☐
SE SUGIERE REUBICACION LABORAL / TEMPORAL ☐ Por motivo de _____
PERMANENTE ☐ Por motivo de _____

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARP		OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILOS DE VIDA	
Control periódico PP por EPS		Control periódico ocupacional		Control del Peso / Dieta	X
Remisión a EPS por:		Higiene Postural	X	Ejercicio Regular 3 veces/sem.	X
Continuar Manejo Médico		Utilización de EPP / P. Activas	X	Estilo de Vida Saludable	X
Remisión a ARP para manejo del caso		Utilización de Ayudas ergonómicas	X	Reducir el Consumo de Alcohol	
Seguimiento caso ARP		Realización de pruebas complementarias		Dejar el Habito de Fumar	

Incluir en SVE / VISUAL ☐ AUDITIVO ☐ RESPIRATORIO ☐ BIOMECANICO ☐ QUIMICO ☐
CARDIOVASCULAR ☐ PSICOLABORAL ☐ BIOLOGICO ☐

PP: Programa de Promoción y Prevención de la Salud; Higiene oral semestral; Citología cervico vaginal anual; Control de testiculo anual;Control de seno anual; control de próstata anual

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

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

NOMBRE DEL MEDICO
FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL

HORA LLEGADA _____ HORA SALIDA _____