Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO CONTROL PERIODICO-MANIPULADOR DE ALIMENTOS



H.C.: 71732335-92891

Fecha y Lugar: 12/10/2018 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
Dirección: CALLE 51 N 57-70
Teléfono(s): 5760000
NIT: 899999034
Ciudad: MEDELLIN
E-Mail: saludocupacional201301@hotmail.com
Empresa en Misión: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA - CENTRO DE SERVICIOS Y GESTIÓN EMPRESARIAL (MEDELLIN)
Actividad Económica:
Nivel de Riesgo: 0

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: WILLIAM ALBERTO MONROY CANO
Género: MASCULINO **Edad:** 46
Fecha y Lugar de Nacimiento: 12/08/1972 VEGACHI
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CRR 25 BB 55 A 35 BARRIO EL PINAL
ARL: NO REPORTA
Identificación: 71732335
Teléfono: 2220865
Cargo: INSTRUCTOR (A)
Escolaridad: UNIVERSITARIO
EPS: MEDIMAS
AFP: PROTECCION S.A.
Rh: O+
Móvil: 3174789316

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

PUEDE CONTINUAR SU LABOR SIN RESTRICCION
SIN RESTRICCION PARA MANIPULAR ALIMENTOS

4. ACLARACIONES AL CONCEPTO MÉDICO

SE REMITE A EPS MEDICINA GENERAL PARA VALORACION

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
LAVARSE LAS MANOS Y ANTEBRAZOS CUANTAS VECES SEA NECESARIO CON AGUA Y JABÓN ANTIBACTERIAL. MANTENER LAS UÑAS CORTAS, LIMPIAS Y SIN ESMALTES. MANTENER EL CABELLO LIMPIO Y CUBIERTO CON GORRO EVITAR EL USO DE ACCESORIOS COMO ANILLOS, ARETES Y PEARCING. REALIZAR EVALUACIÓN SEMESTRAL ODONTOLÓGICA.
CUANDO PRESENTE DURANTE EL DESARROLLO DE SUS TAREAS COMO MANIPULADOR LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS: ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, RINORREA O TOS AGUDA Y ENFERMEDADES DE LAS MANOS CON SECRECIÓN O HERIDAS ABIERTAS, DEBE SER AISLADO.
SE REALIZÓ EXAMEN DE KOH DE UÑAS. FROTIS FARINGEO Y COPROLOGICO.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ANÁLISIS DE VOZ (VOZMETRIA)	
AUDIOMETRIA	NORMAL.
OPTOMETRIA	NORMAL.
FROTIS FARINGEO	REALIZADO
KOH DE UÑAS MANOS	REALIZADO
COPROLOGICO	REALIZADO
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
GLICEMIA	REALIZADO
PARCIAL DE ORINA - UROANALISIS	REALIZADO
HEMOGRAMA IV	REALIZADO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

VISUAL	
AUDITIVO	-
OSTEOMUSCULAR	-

Información de Remisiones

MÉDICINA GENERAL EPS	MANEJO DE PATOLOGIA EPS

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar la capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento que le sean realizadas
En la fecha como mayor de edad identificado como aparece al lado de la firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno

Escaneado con CamS

de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias
De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado, Autorizo a LABORA VITAL IPS, para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometria, audiometria, optometría /visiometria, toma de muestra de sangre y de otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias necesarias según el cargo a desempeñar – también autorizo en el caso de requerirse realización de consulta médica por modalidad de telesalud /telemedicina, del cual fui informado y tengo pleno conocimiento que se realiza a través de contacto telefónico / video llamada. ENTIENDO QUE mi atención podrá ser derivada a una atención presencial, si el profesional de salud así lo define, COMPRENDO que yo puedo ELEGIR la modalidad de atención. ACEPTO que los datos que suministre harán parte de una historia clínica GARANTIZANDO privacidad y confidencialidad Y que la información suministrada de mi parte al profesional es VERAZ y CIERTA, que no omití datos de salud u otros datos relevantes, ni estoy incurriendo en falsedad de información. También autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido oportunidad de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes'

Chadid

William Alberto

ALEJANDRA CHADID DIAZ

WILLIAM ALBERTO MONROY CANO 71732335

Firma y cédula del Paciente

L S.O 4502 Reg. 1605

Médico Especialisa en Salud Laboral

Escaneado con CamS