

# CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL

## INFORMACION GENERAL

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA: | 25/02/2025 | NOMBRE: | GIOVANI PUENTES SERRANO | | | DOCUMENTO: | 1.016.043.106 | EMPRESA: | ORGANIZACIÓN DESSEL | | |
| EPS: | SANITAS | ARL: | POSITIVA | SEXO: | M | EDAD: | 31 | TIPO DE EXAMEN | PERIODICO | CARGO | CONDUCTOR |

## MOTIVO DE EVALUACION

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TRABAJO EN ALTURAS | | ESPACIOS CONFINADOS | | CONDUCTOR | X | MANIPULACION DE ALIMENTOS | X | OTRO | |

## EXAMENES REALIZADOS

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR | X | VISIOMETRIA | | PRUEBA PSICOMETRICA | | COPROLOGICO | X | CUADRO HEAMTICO | X | RADIOGRAFIAS | |
| EXAMEN DE OPTOMETRIA | X | ESPIROMETRIA | | KOH | X | GLICEMIA | X | SEROLOGIA | | ELECTROCARDIOGRAMA | |
| AUDIOMETRIA TAMIZ | X | PSICOSENSOMETRICO | X | FROTIS DE GARGANTA | X | PERFIL LIPIDICO | X | PARCIAL DE ORINA | | OTROS | |

## RESULTADOS DE EXAMENES

EXAMEN DE OPTOMETRÍA: USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE. EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR: NORMAL. AUDIOMETRÍA: NORMAL. PSICOSENSOMETRICO: NORMAL. KOH: SIN ALTERACIONES. FROTIS DE GARGANTA: NORMAL. COPROLOGICO: NO SE EVIDENCIAN PARASITOS. PERFIL LIPIDICO: SIN ALTERACIONES. GLICEMIA: SIN ALTERACIONES. CUADRO HEMATICO: SIN ALTERACIONES.

## OBSERVACIONES

EXAMEN MÉDICO OSTEOMUSCULAR:CABEZA NORMOCEFALO. CUELLO: SIMETRICO, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATIAS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESBLE CON MODERADO PANICULO ADIPOSO, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN PROFUNDA. HOMBROS: ARCOS DE MOVILIDAD PASIVVOS CONSERVADOS, PRUEBA DEL SUPRAESPINOSO, PRUEBA DE DESPEGUE, SINGO DE NEER, PRUEBA DE 0'BRIEN NORMALES. CODOS; PRUEBA DE COZEN, FLEXION DEL CODO 60 SEGUNDOS NORMALES. MANO: PRUEBA DE FINLELSTEIN NROMAL, TINEL Y PHALEN NEGATIVOS. COLUMNA Y MIEMBROS INFERIORES: LASEGUE, PRUEBA DE LACHMAN, CAJON ANTERIOR, PRUEBA DE PIVOTE, PRUEBA DE THESSALY NORMALES.

## RECOMENDACIONES MEDICAS Y OCUPACIONALES

REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DOS VECES POR SEMANA MÍNIMO 30 MINUTOS PARA MANTENER EL TONO MUSCULAR Y MEJORAR LA ACTITUD POSTURAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS, HIPOGRASA. USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE. MANTENER UN ALTO GRADO DE ATENCIÓN, EVITANDO CUALQUIER TIPO DE DISTRACCIÓN. NO UTILIZAR AURICULARES O CUALQUIER APARATO QUE PUEDA ORIGINAR DISTRACCIÓN. PAUTAS DE CONTROL DE ESTRÉS LABORAL (RES. 2646) Y PAUTAS PARA PREVENIR EL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL TRABAJO (RES. 1075, 1016, 7036, 1956. DECRETO 1108, CIRCULAR 38/2010 Y LOS QUE APLIQUEN). PAUTAS PARA PREVENIR EL ACOSO LABORAL Y OTROS HOSTIGAMIENTOS (LEY 1010 DE 2006, RES 652 DE 2012). CAPACITAR EN EL USO DE EPP REQUERIDOS PARA EL CARGO (LEY 9 TÍTULO III, ARTS 85. 122, 123 Y 124), SEGÚN MATRIZ DE RIESGO (GTC 45, DECRETO 1563, RES 0144, RES. 1111 DE 2017). CAPACITAR EN MANEJO DE CARGAS (RES. 2400 ART 390, 392 Y LAS QUE APLIQUEN). GESTIÓN PELIGRO BIOMECANICO MEDIANTE PASUAS ACTIVAS, CHARLAS SOBRE HIGIENE POSTURAL (LEY 1355 DE 2009)

## SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEIOMOLOGICA

| SI | | NO | X |
|---|---|---|---|

| INGRESO AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO | | VISUAL | |
|---|---|---|---|
| RESPIRATORIO | | CARDIOVASCULAR | |
| R. ONIZANTES | | MANEJO DE VOZ | |
| BIOLOGICO | | OSTEOMUSCULAR | |
| PSICOSOCIAL | | AUDITIVO | |
| QUIMICO | | OTRO | |

RECOMENDACIONES

NO APLICA

## REMISION

| SI | | NO | X | AL EXAMEN PRESENTA ENFERMEDADES QUE REQUIEREN REMISION A LA | EPS | | ARL | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## CONCEPTO FINAL DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMEDNACIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR AUTORIZO PARA QUE ME REALIZEN MI EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ASI COMO PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DENTRO DE LAS QUE PODEMOS ENCONTRAR VISIOMETRIA, AUDIOMETRIA, ESPIROMETRIA, TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIOS Y VALORACION PSICOLOGICA, REGISTRADO EN ESTE DOCUMENTO. SE ME HA EXPLICADO LA NATURALEZA Y PROPOSITO DEL EXAMEN. HE COMPRENDIDO Y HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE ANALIZAR EL PROPOSITO, LOS BENEFICIOS, LA INTERPRETACION, LAS LIMITACIONES, Y RIESGOS DEL EXAMEN MEDICO A PARTIR DE LA ASESORIA BRINDADA POR LOS PROFESIONALES A CARGO. ENTIENDO QUE LA REALIZACION DE ESTE EXAMEN ES VOLUNTARIA Y QUE TUVE LA OPORTUNIDAD DE RETIRAR MI CONSENTIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO (DEJANDO FORMATO DE DISENTIMIENTO FIRMADO Y ANEXADO A LA HISTORIA CLINICA). FUI INFORMADO DE LAS MEDIDAS PARA PROTEGER LA CONFIDENCIALIDAD DE MIS RESULTADOS. LAS RESPUESTAS DADAS POR MI EN ESTE EXAMEN SON COMPLETAS Y VERIDICAS. AUTORIZO PARA QUE SE SUMINISTRE A LAS PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACION VIGENTE, LA INFORMACION REGISTRADA EN ESTE DOCUMENTO PARA EL BUEN CUMPLIMENTO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y PARA LAS SITUACIONES CONTEMPLADAS EN LA MISMA LEGISLACIÓN, IGUALMENTE PARA QUE REMITAN LA HISTORIA CLINICA A LA EPS A LA CUAL ME ENCUENTRO ACTUALMENTE AFILIADO. FINALMENTE MANIFIESTO QUE HE LEIDO Y COMPREDIDO PERFECTAMENTE LO ANTERIOR Y QUE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO HAN SIDO COMPLETADOS ANTES DE MI FIRMA Y QUE ME ENCUENTRO EN CAPACIDAD DE EXPRESAR MI CONSENTIMIENTO.

MIGUEL FABIAN CALDERON MORENO.
MEDICO ESPECIALISTA S.O Y MEDICINA LABORAL.
RM: 1018411129.
LICENCIA S.O: 11072-30-07-2021.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: GIOVANIPUENTESSERRANO

DOCUMENTO: 1.016.043.106