

Dr. Luis Alejandro Guaqueta	CONCEPTO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL										
	Fecha y lugar de realización				Tipo de examen	* Ingreso Periódico Retiro	Cambio de cargo		EPS	ARL	
	Día / Mes / Año		Lugar				Post incapacidad				
ESP. SALUD OCUPACIONAL	18/06/2026		YONDO				Otra (Cual):				
INFORMACIÓN PERSONAL											
Tipo de identificación					Numero de identificación				Sexo		
NUIP	* CC	TI	CE		1.193.517.662				* F	M	
Primer nombre		Segundo nombre			Primer apellido			Segundo apellido			
MARIA		FERNANDA			CHAVERRA			SANABRIA			
INFORMACIÓN OCUPACIONAL											
Cargo al que aspira o actual		PSICOLOGA									
Empresa		E.S.E HOSPITAL LA MARIA									
EXAMENES REALIZADOS											
LABORATORIOS:											
Perfil Lipidico		<input type="checkbox"/>		Hemoclasificación		<input type="checkbox"/>		Audiometria		<input type="checkbox"/>	
Glicemia		<input type="checkbox"/>		Pruebas Hepaticas		<input type="checkbox"/>		Visiometria		<input type="checkbox"/>	
Hemoglobina		<input type="checkbox"/>		Para manipulacion de		<input type="checkbox"/>		Espirometria		<input type="checkbox"/>	
Parcial de orina		<input type="checkbox"/>		alimentos		<input type="checkbox"/>		Prueba Psicotecnica		<input type="checkbox"/>	
Electrocardiograma		<input type="checkbox"/>									
OTROS:											
CONCEPTO											
Pre empleo y Cambio de cargo	<input checked="" type="checkbox"/>	Apto para el cargo				Periódico y Post incapacidad	<input type="checkbox"/>	Satisfactorio			
	<input type="checkbox"/>	Apto con enfermedad que no lo limita para el cargo					<input type="checkbox"/>	No satisfactorio			
	<input type="checkbox"/>	Apto con restricciones para el cargo									
	<input type="checkbox"/>	Aplazado									
Trabajo en alturas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apto		<input type="checkbox"/>	No apto		Aplazado		
Manipulación de alimentos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apto		<input type="checkbox"/>	No apto		Aplazado		
Retiro	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si	Se retira con enfermedad general						
	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si	Se retira con enfermedad profesional						
	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si	Se retira con secuelas derivadas de accidente común						
	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si	Se retira con secuelas derivadas de accidente de trabajo						
Requiere valoración o exámenes adicionales?	<input type="checkbox"/>	Remisión a EPS		<input type="checkbox"/>	Medico General		<input type="checkbox"/>	Psicología General			
	<input type="checkbox"/>	Remisión a ARL		<input type="checkbox"/>	Medico Especialista		<input type="checkbox"/>	Psicología Ocupacional			
	<input type="checkbox"/>	Examen adicional		<input type="checkbox"/>	Otro: Cual?						
RECOMENDACIONES / PLAN DE MANEJO											
SE DAN RECOMENDACIONES ERGONÓMICAS Y POSTURALES. BAJAR DE PESO. HACER PAUSAS ACTIVAS.											
RESTRICCIONES / OBSERVACIONES											
NINGUNA											
Aspirante o trabajador:				Nombre Médico: LUIS ALEJANDRO GUAQUETA AGUDELO							
MARIA FERNANDA CHAVERRA SANABRIA											
Nombre											
Firma											
No. de identificación				1.193.517.662							
				Sello							