IPS: UNIDAD DE
ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA /OLAYA

CARR 21 # 26-20. SUR. OLAYA /Teléf. CM: 323-2503049. NIT 900.171.517-3

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

RESOLUCIONES 2346 DEL 2007 y 3673 del 2008

PRE-OCUPACIONAL INGRESO	OCUPACIONAL PERIÓDICO	POST OCUPACIONAL O EGRESO
X		

CIUDAD Y FECHA: BOGOTÁ 28 DE MARZO DEL 2020 — **SEDE / ORDEN: 36 / 00605**

CONVENIO: SUBRED SUR OCCIDENTE — **CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

TRABAJADOR: YULI CATERINE RUIZ — **IDENTIFICACIÓN: 1.022.981.114** — **EDAD: 27 años** — **SEXO: F**

EXAMEN REALIZADO: ***Ocupacional de INGRESO y de aptitud física para trabajar .***

FINALIDAD DEL EXAMEN: ***Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar*** — **SERVICIO : CONSULTA OCUPACIONAL**

RESULTADO DE EXAMENES PARACLÍNICOS

1. AUDIOMETRÍA (ESCALA DE LARSEN)				NORMAL		HEMOCLASIFICACION		A+
2. VISIOMETRÍA (OPTEC-2000)				ASTIGMATISMO		PRUEBAS NEUROLOGICAS		NORMAL
3. GLICEMIA				NORMAL		OSTEOMUSCULAR		NORMAL
4. PERFIL LIPÍDICO (TRIGLICÉRIDOS)				NORMAL		ELECTROCARDIOGRAMA		----
5. V/F	F/C	70 L/M	PESO	50 Kg	ESTATURA	1.50 CM	T/A	110/70 mmHg

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

ALTERACIÓN	CONDICIONES O INTERVENCIONES PARA LIMITAR EL DAÑO	TEMPORAL	*PERMANENTE*
1. VISUAL	NINGUNA		
2. CARDV	NINGUNA		
3. AUDITIVO	NINGUNA		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

1. APTO PARA TRABAJAR SIN RESTRICCIONES	*X*
2. APTO CON RESTRICCIONES	
3. NO APTO	
4. APLAZADO	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

- *USO DE GAFAS CORRECTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL*
- *SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ESTRICTAS DE MEDICINA OCUPACIONAL*
- *HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACION OCUPACIONAL*

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He comprendido el propósito, beneficios, interpretación y riesgos del examen médico que me van a practicar, garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de la información, los autorizo para que den a conocer por cualquier medio la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente. Hago constar con mi firma, que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CONFIDENCIALIDAD

El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

CONCLUSIONES

1. APTO PARA DESEMPEÑAR SU CARGO — **SI (X)** — **NO ( )**

Dr.ROSENDO REYES ESPECIALISTA MÉDICO OCUPACIONAL RM:5334/09	FIRMA DEL TRABAJADOR Cc: 1022981114	HUELLA INDICE DERECHO

Dr. Rosendo Reyes González
Medicina General
Medico Ocupacional
RM: 851107