CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-6
LSO 25-3248 de 2016

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 80406715-43911

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	08 may. 2024 - CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	OMAR ANDRES SANCHEZ ORJUELA	**Identificación:**	80406715
Género	MASCULINO **Edad:** 47	**Teléfono**	**Móvil:** 3012127947
Fecha Nacimiento:	15/03/1977	**Cargo:**	CONDUCTOR (A)
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	VEREDA RIO FRIO ORIENTAL	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	LACTEOS VILLA AURA -	**Área: No Reporta**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, 4. SE RECUERDA LA IMPORTANCIA DE UTILIZAR LA VENTANA IZQUIERDA DEL VEHÍCULO LO MÁS CERRADA POSIBLE PARA EVITAR DEFICIENCIAS AUDITIVAS EN OÍDO IZQUIERDO POR VIENTO Y RUIDO.
OPTOMETRIA	USO DE CORRECCION PERMANENTES
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL. CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS. HÁBITOS SALUDABLES. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR. VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
PERFIL LIPIDICO	NORMAL
GLICEMIA-GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	ANORMAL
FROTIS FARINGEO	NORMAL
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	NORMAL
COPROLOGICO	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
COORDINACION MOTRIZ	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS
EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES
APTITUD COMO CONDUCTOR.

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su 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 en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno 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 todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y 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 ocasión 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.'

Manuel Alfredo Ayala M
Médico Cirujano
R.M. 252224/09
Especialista en Salud Ocupacional
Licencia Nº. 9103/2019

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ
Médico Especialista en Salud Laboral 10510/09 252224

OMAR ANDRES SANCHEZ ORJUELA 80406715
Firma y cédula del Paciente