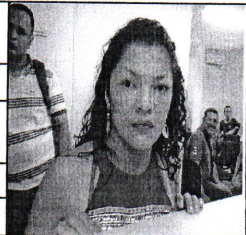


Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social, la empresa solo se le enviará el informe con el concepto respectivo y el resultado de los exámenes generados en la consulta.

Nombre de la Empresa CORTINEROS LIDER S.A.	Empresa en Misión CORTINEROS LIDER	Ciudad MEDELLIN	
<b>INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR</b>			
Nombre (Apellidos y Nombres) DAVID ECHAVARRIA PAULA ANDREA	Documento de Identidad (Tipo Número) 43,749,362	Edad (Años) 40	
Cargo: -MERCADERISTA	EPS: SURA		
<b>INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL</b>			
Fecha de Realización Jun.13/2016	Tipo de Examen Evaluación periódica		

**DIAGNOSTICO**

Concepto APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS, SATISFACTORIO	MOTIVO
---	--------

**EXAMENES REALIZADOS**

PERFIL LIPIDICO(SUMATORIA DE LOS 4 COLESTEROLES)	EVALUACIÓN MÉDICA PARA TRABAJO EN ALTURAS SE REALIZA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR -SE REALIZAN AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA GLICEMIA Y PERFIL LIPIDICO. SE DILIGENCIA CUESTIONARIO INDIVIDUAL DE ANTECEDENTES Y DECLARACION PERSONAL SUBJETIVA DEL ESTADO DE SALUD PARA LABORES DE ALTO RIESGO.	AUDIOMETRIA SE REALIZA
VISIOMETRIA SE REALIZA	GLICEMIA SE REALIZA	PIE SE REALIZA

**Recomendaciones Específicas:**

APTA PARA CONTINUAR EN SU CARGO -

**Recomendaciones Generales**

**OTROS**

1. RESPETO DE NORMAS DE SEGURIDAD. 2. USO DE ADECUADOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN LOS CASOS NECESARIOS. 3. DAR LA RESPECTIVA INDUCCIÓN Y CAPACITACIÓN PERMANENTE, SUFICIENTE Y ADECUADA EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS RELACIONADOS CON LAS TAREAS. 4. CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ADECUADO MANEJO DE LA MECÁNICA CORPORAL Y PREVENCIÓN DE LAS LESIONES OSTEOMUSCULARES, INCLUYENDO COLUMNA VERTEBRAL. 5. INGRESAR A LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PERTINENTES PARA LA CONSERVACIÓN DE LA SALUD SEGÚN LOS RIESGOS PRIORITARIOS DE LA EMPRESA, SU ACTIVIDAD ECONÓMICA ESPECÍFICA Y LOS FACTORES DE RIESGO PROPIOS DEL ENTORNO LABORAL. 6. ADOPCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: EVITAR USO DEL ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS, EVITAR EL SEDENTARISMO, CONTROL DE PESO, DIETA SANA Y PRÁCTICA REGULAR DE ACTIVIDAD FÍSICA 4-5 VECES POR SEMANA. PAUSAS ACTIVAS MÍNIMO 3 VECES DURANTE LA JORNADA LABORAL O SEGÚN RECOMENDACIONES DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA. PRACTICAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES: IDENTIFIQUE QUE SITUACIONES QUE LE GENEREN ESTRÉS, Y DESARROLLE DIFERENTES ACTIVIDADES DE TIPO LÚDICO, DEPORTIVAS, RECREATIVAS, CULTURALES, FAMILIARES, ETC. ÉSTAS, LE PERMITEN AYUDAR A LIBERAR ESTRÉS. CONSUMA HABITUALMENTE UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN: BAJA EN GRASAS HARINAS Y FRITOS. EVITE SOBRESFUERZOS OSTEOMUSCULARES Y MOVIMIENTOS BRUSCOS QUE PUEDAN AFECTARLO EN SUS LABORES. PARA LA MANIPULACIÓN DE CARGAS DEBE RECIBIR CAPACITACIÓN EN EL BUEN USO DE LA MECÁNICA CORPORAL Y EL ADECUADO LEVANTAMIENTO Y TRANSPORTE DE PESOS, RESPETANDO LOS LÍMITES PERMISIBLES Y HACIENDO USO ADECUADO DE LAS AYUDAS MECÁNICAS DEL CASO.

**Nota Aclaratoria:**

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores.

Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

 LIBARDO DE JESUS GOMEZ ARIAS CC 19245024 MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC. S.O 5585-02	 43749-362
<b>Médico</b>	<b>Trabajador</b>



## ANEXO 1

CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD PARA ASPIRANTES A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 1409 DE 2012 DEL MINISTERIO DE TRABAJO.

Fecha	13-06-2016	Nombres	Paula A. David E	Cédula	H37119-362
Escolaridad(último año cursado)		GENERO	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>		
Edad	40	Empresa	Ortneros L.d.r	Ocupación	Mercedista

Por favor señale SI o NO con una X para cada una de las siguientes preguntas:

No	ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA	SI	NO
1.	¿tiene alguna enfermedad documentada por su médico que le impida para realizar esta actividad(trabajo en alturas o espacio confinados)		X
2.	Tiene malformaciones o lesiones en el cuerpo que le generen limitaciones físicas		X
3.	¿Usted padece o presenta alguna enfermedad (depresión) u otra alteración psiquiátrica?		X
4.	¿Tiene problemas para concentrarse?		X
5.	¿Sufre o ha sufrido de alguna enfermedad neurológica?		X
6.	¿Tiene problemas de obesidad o patologías de tiroides?	X	X
7.	¿Tiene problemas o lesiones a nivel visual (ocular)		X
8.	¿Ha tenido alguna vez vértigos (laberinitis. Otitis media. Síndrome de meniere?)		X
9.	¿Ha sufrido golpes con pérdida del conocimiento o traumas severos de cráneo?		X
10.	¿Siente usted pitos, grillos o sonidos como de cascadas en los oídos?		X
11.	¿Tiene problemas para escuchar?		X
12.	¿Ha tenido tos continua por periodos mayores a tres meses?		X
13.	¿Sufre o padece de alguna enfermedad del corazón?		X
14.	¿Siente opresión en el pecho o dificultad para respirar?		X
15.	¿Cuándo respira ha sentido que alguna vez pita o silba?		X
16.	¿Sufre o Ha sufrido de asma?		X
17.	¿Ha padecido bronquitis, neumonía, Tuberculosis pulmonar?		X
18.	¿Ha padecido enfermedades cardiovasculares (infarto, derrame cerebral o alguna otra enfermedad de este tipo)?		X
19.	¿Ha padecido de la presión arterial (Hipertensión arterial)?		X
20.	¿Ha tenido cirugías de tórax (en el pecho)?		X
21.	¿Ha padecido algún tipo de alergias respiratorias (como la rinitis)?		X
22.	¿Es alérgico a alguna sustancia, alimento o medicamento (cual)?		X
23.	¿Sufre de alergias en la piel?		X
24.	¿Ha padecido o padece epilepsia o convulsiones (ataques)?		X
25.	¿Ha padecido o padece de mareos o desmayos repentinos?		X
26.	¿Ha padecido de diabetes o hipoglicemia (alteraciones de azúcar en la sangre)?		X
27.	¿Ha sufrido problemas musculares, de la espalda o de las articulaciones?		X
28.	¿Ha trabajado anteriormente con productos químicos, gases o polvos?		X
29.	¿Ha trabajado en fundiciones o en la minería?		X
30.	¿Usted sufre de claustrofobia (fobia a los espacios cerrados) ?		X
31.	¿Usted sufre o padece de acrofobia (fobia a las alturas)?		X
32.	¿usted ha sufrido de pánico o ha padecido temor a las alturas		X
33.	¿Se le dificulta estar en espacios cerrados por cualquier causa?		X
34.	¿Se le dificulta trabajar en alturas por cualquier causa?		X
35.	¿Ha trabajado anteriormente en espacios confinados (espacios cerrados)?		X
36.	¿Está consumiendo sustancias que pueden producir alteración de la conciencia, tales como medicamentos para la gripe, marihuana, bazuco o alcohol?		X
37.	¿Está actualmente en tratamiento médico para alguna enfermedad o tiene cirugías o tratamientos médicos pendientes?	X	
38.	¿Ha trabajado en alturas anteriormente (en los 6 meses anteriores)?	X	

AMPLIACIÓN DEL TRABAJADOR DE LAS RESPUESTAS Y OBSERVACIONES: (Cite el número de la pregunta)

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y CONCEPTO DEL MEDICO EVALUADOR:

Declaro haber leído y entendido las preguntas y que las respuestas se ajustan a la verdad.

Firma y Cédula del Trabajador  
Paula A. David E. H37119-362

Firma y Registro del Médico

Código: PM-MOT-F02  
Versión: 2  
Fecha: 20/08/2015