

Paciente 43087758 - GLORIA LUCIA CARVAJAL YEPES
 Empresa/Sede 811008560-1 - MASFINCA S.A.S
 Sexo/Edad Femenino / 49 Años
 Teléfono 2862456-3207414120

Fecha de Impresión 2014-08-20 11:08
 Fecha de Registro 2014-8-20
 Hora de Registro 11:07 AM
 Registro Nro 304316
 Orden Nro. 1398138

Análisis	Resultado	Vir Refer Inicial	Vir Refer Final	Unidad
<u>COPROLÓGICO</u>				
CONSISTENCIA	BLANDA			
ALMIDONES	+			
LEUCOCITOS	+			
GRASAS	++			
LEVADURAS	++			
OTROS	NO SE OBSERVAN PARASITOS, NI PROTOZOOS.			

DIRECTO PARA HONGOS - KOH

KOH DE UÑAS:

AL EXAMEN DIRECTO NO SE
OBSERVAN HONGOS.

FROTIS DE GARGANTA(SIN CULTIVO)

REACCION LEUCOCITARIA:

AUSENTE

HONGOS:

NO SE OBSERVAN

MICROORGANISMOS:

FLORA MIXTA NORMAL

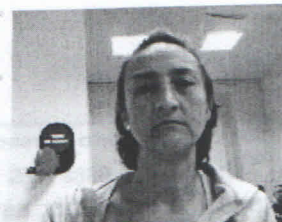


SERVICIO MEDICOS SAN IGNACIO LTDA.
PERTENECE AL PACIENTE



SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO S.A.S.
HERNAN MAZO BEDOYA
 Registro N° 06438
 BACTERIOLOGO

CRA. 44 No. 48-51
(PLAZUELA DE SAN IGNACIO)
CONMUTADOR: 216 11 44 - FAX: 239 57 86
MEDELLIN - COLOMBIA
E-mail: smsi@une.net.co



CONCEPTO DE APTITUD LABORAL - PREEMPLEO

FECHA: DIA: 20	MES: 8	AÑO: 2014	Hora Registro: 11:34 AM
EMPRESA: MASFINCA S.A.S			
NOMBRE: GLORIA LUCIA CARVAJAL YEPES		DOCUMENTO: 43087758 C.C	
FECHA DE NACIMIENTO: 28/1/1965	EDAD: 49	GENERO: Femenino	HIJOS: 2
ESTADO CIVIL: Casado(a)	ESCOLARIDAD: TECNICO		
DIRECCION: SAN ANTONIO DE PRADO		TEL: 2862456-3207414120	
DEPARTAMENTO: Antioquia		CIUDAD: Medellín	
OFICIO: AUXILIAR SERVICIOS GENERALES		ACTIVIDAD ECONOMICA:	
EPS: SISBEN	ARL: NO SABE	AFP: ISS	

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

EXAMEN	FECHA	INTERPRETACIÓN
COPROLOGICO	20/8/2014	NORMAL
FROTIS DE GARGANTA	20/8/2014	NORMAL
FROTIS DE UÑAS	20/8/2014	NORMAL
TABLA SNELLEN	20/8/2014	DEFECTO LEVE DE CERCA CORREGIDO. LENTES A NECESIDAD

CONCEPTO VALORACION MEDICA

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO PARA MANIPULAR ALIMENTOS:
CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR

CONDUCTA:

INCLUIR EN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- RESPIRATORIO
- ERGONOMICO
- VISUAL
- PSICOLABORAL

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES::

- ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO
- PROTECCIÓN ADECUADA DE PIEL PARA EL CONTACTO CON LAS SUSTANCIAS O CONDICIONES LESIONANTES. EN CASO DE ALERGIA AL LÁTEX, USAR GUANTES DE NITRILO.
- TRABAJO ESTATICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO. INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS. DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL. MOVIMIENTOS REPETITIVOS: PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS. ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL.
- UTILIZAR MONOGAFAS AL EXPONERSE A RIESGO MECÁNICO (PROYECCIÓN DE PARTICULAS). VISIOMETRIA U OPTOMETRIA PERIODICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA.
- USO DE MASCARILLA O RESPIRADOR CON FILTRO EN CASO DE EXPOSICIÓN A QUÍMICOS O MATERIAL PARTICULADO.

OTRAS OBSERVACIONES

SE RECOMIENDA HACER AUDIOMETRIA DE BASE SI VA A TENER EXPOSICIÓN A RUIDO MAYOR DE 85 DB.

Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado

J. Amorendi

Dr. Jorge Alberto Moreno Angel

Licencia No. 6685 REG 12000

**NOMBRE Y LICENCIA DEL ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL**

Horacio Luis Bernal

FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C. No.

Consentimiento informado:

Autorizo a **SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO** a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento.

Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria, Certifico que no omito información relevantes que pudieran influir sobre mi estado de salud y me comprometo a informar en forma veraz y oportuna a mi empleador cualquier cambio que pueda presentarse en las mismas, las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) está(n) completa(s), verídica(s) y puede ser confirmado.

Autorizo para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**CRA. 44 No. 48-51 - PLAZUELA DE SAN IGNACIO - CONMUTADOR: 216 11 44 - FAX: 239 57 86 - E-mail: smsi@une.net.co
MEDELLIN - COLOMBIA**