

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Omnisalud Bogotá



TRABAJO EN ALTURAS

Certificado de aptitud: 52333148-65398

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	01/08/2016	BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	DELFIJA CAPERA MATOMA		Identificación:	52333148
Género:	FEMENINO	Edad: 41	Teléfono	Móvil: 321417163
Fecha Nacimiento:	27/12/1974		Cargo:	MERCADERISTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)		EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	SALTIRE		Escolaridad:	BACHILLER
Empresa	ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA			

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	EVITAR RUIDOS EXTRALABORALES; PAUTAS DE HIGIENE AUDITIVA; CONTROL ANUAL
VISIONOMETRIA	USO GAFAS PARA CERCA AO, CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, EJERCICIO FISICO FRECUENTE
COLESTEROL HDL	Realizado
COLESTEROL LDL	Realizado
COLESTEROL TOTAL	Realizado
TRIGLICERIDOS	Realizado
GLICEMIA	Realizado

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Observaciones: CAPACITACION EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS. CONTROLES MEDICOS EN SU EPS, USAR MEDIAS DE COMPRESION MEDICADAS

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica

ERGONÓMICO	POR EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO
AUDITIVO	CASO CENTINELA

Información de Remisiones

NUTRICION

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), prAutorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), profesional adscrito a la IPS, a realizar en mí el examen médico y/o paradiánico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paradiánico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paradiánico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará la IPS, para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son veridicas. Autorizo a la IPS 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 todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. Con la firma del presente documento, declaro que conocí el contenido y diligenciamiento medio magnético de las evaluaciones medicas ocupacionales y que el presente documento forma parte de mi historia clínica ocupacional.

Luisa Granados S.
Médico Especialista en S.O
R.M. 60250853 L.S.O.177

Luisa Granados S.



Delfilia



LUISA GRANADOS SANTAFE
Médico Especialista en Salud Laboral

60250853

DELFLIA CAPERA MATOMA
Firma y cédula del Paciente

52333148