


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	
INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR			
Nombre (Apellidos y Nombres) MONTOTOY RIOS PAULA ANDREA	Documento de Identidad (Tipo Número) 43,868,488	Edad (Años) 36	
Cargo: -MERCADERISTA	EPS: NUEVA EPS		
INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
Fecha de Realización Jun.13/2016	Tipo de Examen Evaluación periódica		

DIAGNOSTICO

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

EXAMENES REALIZADOS

PERFIL LIPIDICO(SUMATORIA DE LOS 4 ESTEROLES) SE REALIZA	EVALUACIÓN MÉDICA PARA TRABAJO EN ALTURAS ENFASIS OSTEOMUSCULAR	AUDIOMETRIA SE REALIZA
VISIOMETRIA SE REALIZA	GLICEMIA SE REALIZA	PIE SE REALIZA

Recomendaciones Específicas:

EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO. PUEDE SEGUIR LABORANDO CON LAS RECOMENDACIONES QUE SE DAN. SEGUIR MANEJO MEDICO PARA SU PATOLOGIA DE BASE. FOMENTO ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. EVITAR EL SEDENTARISMO. BAJAR DE PESO. EVITAR RUIDO EXTRA-LABORAL.

Recomendaciones Generales

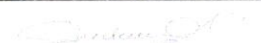

- Dotación, Utilización y Verificación adecuada de los elementos de protección Personal.
- Cumplir el procedimiento seguro para trabajos en alturas.
- Informar oportunamente de los peligros encontrados.
- Por ningún motivo desempeñe su labor bajo los efectos del alcohol o drogas.
- Fomentar estilos de vida y de trabajo saludables.
- Garantizar la seguridad de los trabajos en alturas.
- Disponer de personal capacitado, competente y calificado para las labores en alturas.
- Implementar programa de capacitación en entrenamiento para las labores en alturas a todos trabajadores que vayan a realizar estas labores y un programa de reentrenamiento anual.
- Fomentar estilos de vida y de trabajo saludables en sus empleados.

OS

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.

 PRUDENCIO LOZANO LAGUNA CC 15.346.918 MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL LIC MED 13693-81 LIC S O 0122-01	 Paula Montoya 43868488
Médico	Trabajador
Sello	
La información incluida en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clínica ocupacional.	

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 <u>13 Junio</u>	Nombres <u>Paula Montoya</u>	Cédula <u>43.868.488</u>
Escolaridad(ultimo año cursado) <u>11º</u>	GÉNERO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Edad <u>36</u>	Empresa <u>Lider</u>	Ocupación <u>Mercaderista</u>

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
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)

Tomo medicamentos para la hipertension

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y CONCEPTO DEL MEDICO EVALUADOR:

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

Paula Montoya
FIRMA Y CÉDULA DEL TRABAJADOR

[Firma]
FIRMA Y REGISTRO DEL MÉDICO

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