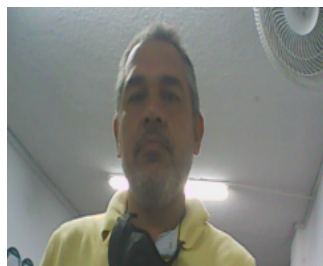


| | | | |
|------------------|---------------------------------------|--------------------|--|
| SEDE TELÉFONO | CENDIATRA CALI 3827 337 - 3809 956 | DIRECCIÓN EMAIL | Calle 18 N° 4N - 47 Barrio Versalles cali@cendiatra.com |
| FECHA DE EXAMEN | 2021-09-08 | TIPO DE EXAMEN | PREINGRESO |

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



| | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------|------------------------------------|
| Nombres y Apellidos | GUSTAVO ADOLFO PADILLA DIEZ | Identificación CC | Nro 16779376 |
| Fecha de Nacimiento | 1970-08-03 | Edad | 51 |
| Sexo | M | Empresa | TRANSPORTES MULTIMODAL GROUP S.A.S |
| Cargo | CONDUCTOR | Fecha Ingreso | 2021-09-08 07:21:11 |
| Fecha Salida | 2021-09-08 11:24:40 | | |

EXAMENES REALIZADOS

| | |
|---|---|
| AUDIOMETRIA TAMIZ | ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD |
| ENFASIS OSTEOMUSCULAR | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO |
| PSICOSENSOMETRICO | VISIOMETRIA |
| ALCOHOL ETILICO AUTOMATIZADO | DROGAS DE ABUSO (MARIHUANA, COCAINA) |
| GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA | |

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD
TIPO DE RESTRICCION O LIMITACIONES

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
SI

Observaciones:
• No debe realizar labores con alta exigencia física.
• Evitar la realización de actividad física extenuante.

RECOMENDACIONES

ACUDIR A CONSULTA MEDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:

SI
Observaciones:
HALLAZGO EN EKG CON ALTERACIONES SOSPECHA DE BLOQUEO IZQUIERDO

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA

SI
Observaciones:
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA, ALIMENTACION SALUDABLE, DIETA.

VALORACION OPTOMETRICA

SI
Observaciones:
PERIODICO

VALORACION EPS

SI
Observaciones:
MEDICO GENERAL
NO PRESENTA

OTRAS:

RESTRICCIONES
TIPO

• No debe realizar labores con alta exigencia física.
• Evitar la realización de actividad física extenuante.
2 MESES

DURACION RESTRICCION

INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

CONDICION VISUAL

SI
Observaciones:
CONTROL OPTOMETRICO ANUAL

CONDICION AUDITIVA

SI
Observaciones:
CONTROL AUDIOMETRIA ANUAL
NO PRESENTA

OTROS

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.



Dra. Dora L. Botina P.
Medico Especialista GS-ST
C.C. 59176856
R.M. 52-1067 Lic. 06220

DORA LIDA BOTINA PORTILLA

RM: 59176856

Firma y sello del médico



GUSTAVO ADOLFO PADILLA DIEZ

CC 16779376

Firma del trabajador