



LABORATORIO CLÍNICO DE CALDAS - IPS



Entidad autorizada por la Dirección Territorial de Salud de Caldas con código de Habilitación No 170016580101 e inscrita en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social y con Licencia en Salud Ocupacional No 72401

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE INGRESO

(Resolución 2346 de 2007 - Ministerio de la Protección Social)

FECHA: 2021-04-15 - HORA: 02:25:28
EMPRESA: PARTICULAR
CIUDAD: MANIZALES - CALDAS
TIPO EXAMEN: Ingreso

DATOS PERSONALES:

NOMBRES Y APELLIDOS: MANUELA RAMIREZ MORENO
IDENTIFICACION: CC - 1053822895
FECHA DE NACIMIENTO: 1992-11-27

SEXO: F

EMPRESA: PARTICULAR
CARGO AL QUE ASPIRA: CONTRATISTA

HACEMOS CONSTAR QUE A LA FECHA, EXAMINAMOS EL PACIENTE SUSCRITO CON EL SIGUIENTE RESULTADO: INGRESO APTO SIN RESTRICCIONES

TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO:
NINGUNO

RECOMENDACIONES:

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OBSERVACIONES:

El trabajador debe seguir todos los protocolos de bioseguridad establecidos por la empresa para prevención covid -19 y así mismo esta debe garantizar mitigar el riesgo para covid-19. uso adecuado de tapabocas, lavado frecuente de manos, desinfección de superficies, consultar ante sintomatología.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo a Resolución 2346 de 2007, modificado por la Resolución 1918 de 2009. Manifiesto he sido informado por parte del Personal asistencial de LABORATORIO CLINICO DE CALDAS IPS acerca de los exámenes que me van a ser realizados Historia Clínica Ocupacional y/o Ej. Audiometría, Tamizaje visual, Exámenes de Laboratorio (ej. Serología, perfil lipídico, glicemia, cuadro hemático, creatinina, nitrógeno ureico, transaminasas, bilirrubinas, parcial de orina, etc.), vacunación y otras valoraciones complementarias por parte del grupo asistencial de LABORATORIO CLINICO DE CALDAS IPS, comprendo y estoy de acuerdo, en consecuencia doy mi consentimiento para la realización. Autorizo al personal de LABORATORIO CLINICO DE CALDAS IPS a que proceda con la realización. Autorizo a que sesuministre la información necesaria a mi Empresa y a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo, o aquellas personas según lo contemple la ley o que yo autorice por escrito para la entrega de mis reportes e historia clínica, teniendo en cuenta la reserva de historia clínica que está contemplado en el decreto 1995 de 1999. Además estoy de acuerdo y aseguro que toda la información que he suministrado para la realización de esta historia clínica es verdadera y que no he ocultado información relevante para mi condición de salud. Autorizo además el manejo de mis datos personales de acuerdo a la ley 1581 de 2.012.

Ana Carolina Valencia R.
Méd. Esp. Medicina Laboral
y Ocupacional
Res. Md. 15912 Lic. S.O. 72307

ANA CAROLINA VALENCIA RUIZ
SALUD OCUPACIONAL
CC: 30232174 - SO 72307

Firma del Paciente

EDIFICIO ATLAS

Calle 21 N° 23 - 22 Piso 2



310 672 1733



873 00 00 - 897 52 86

Nit. 900.257.266-0

www.laboratorioclinicodecaldas.com

Manizales