Bogotá D.C.

FECHA: 22 DE SEPTIEMBRE 2021

SEÑORES: **A QUIEN INTERESE**

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR

EXAMEN MÉDICO: INGRESO: [X] EGRESO: [ ]

Me permito certificar que: **YULY PAOLA ACOSTA ATENCIO,** EDAD: **31 AÑOS**

identificado con cédula de ciudadanía No **1018429743 DE BOGOTÁ**

CARGO: AUXILIAR DE FARMACIA

Una vez practicado el EXÁMEN MÉDICO LABORAL, se encuentra:

APTO SIN RESTRICCIONES	X
APTO CON RESTRICCIONES	
NO APTO	

VISIOMETRÍA: AGUDEZA VISUAL LEJANA Y CERCANA AMBOS OJOS: 20/20 SIN CORRECCIÓN.

RECOMENDACIONES: SOLO LAS SIGUIENTES.

	Control periódico por EPS	X	Control Periódico Ocupacional		Dieta
	Remisión EPS	X	Higiene Postural	X	Ejercicio regular 3 veces a la semana
	Continuar Manejo Médico	X	Utilización EPP		Dejar hábito de fumar
	Seguimiento caso ARL	X	Pausas Activa Periódicas		Reducir consumo de alcohol

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Eh autorizado al doctor abajo mencionado, a realizar en mi el examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional (es) registrado (s) en este documento. Conforme quedo registrado en la historia clínica ocupacional. El Doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclinico (s) ocupacional (es). He comprendido y he entendido la oportunidad de analizar el objetivo, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional (es) a partir de la asesoría brindada antes de las pruebas. He sido informado de las medidas que tomaran LA UNIDAD MÉDICA OCUPACIONAL DEL SUR /M para proteger la confidencialidad de mis resultados recibidos del concepto médico ocupacional. Manifiesto ante firma bajo la gravedad de juramento que la información dad por mí en este examen (es) médico (s) son completas y verídicas. Autorizo a LA UNIDAD MÉDICA OCUPACIONAL DEL SUR /M, para que suministre a la las personas o a las personas contempladas para el buen cumplimiento del sistema en seguridad y salud en el trabajo

JAVIER EDUARDO MORENO RAMOS MÉDICO Y CIRUJANO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL LIC S.D. 3235/2017 RM 461247-1244 FIRMA Y SELLO	ASPIRANTE O TRABAJADOR YULY PAOLA ACOSTA ATENCIO, CC 1018429743 Yuly Paola Acosta	HUELLA

Eduard Rojas B
24-09/2021
Riesgo 03