

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

CIAT Superar
Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar

No. 1

TIPO DE EXAMEN: Ingreso con Énfasis Osteomuscular

CIUDAD: AGUACHICA **FECHA:** 10 (DD) 10 (MM) 2020 (AAAA) 10:52 (HORA)

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
Nombre de la Empresa: INDEPENDIENTE	Cargo: RECONOCEDOR PREDIAL

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE			
Primer nombre: YACID	Segundo nombre:	Primer apellido: PINO	Segundo apellido: CARRASCAL
Tipo de Identificación: ● C.C. ○ C.E. ○ T.I. ○ P.T.	**Número:** 5506461	**Edad:** 49 Años	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

● Sin limitaciones o restricciones para el cargo ○ Con Restricciones o limitaciones para el cargo ○ Aplazado

Motivo del aplazamiento:

Se recomienda valoración por EPS: ● SI ○ NO Se entrega formato de remisión a EPS: ○ SI ○ NO

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Condiciones o Funciones	Agentes o Factores de Riesgo	T	P	Recomendaciones
		○	○	
		○	○	
		○	○	
		○	○	

Recomendaciones:

USO DE EPP, MANIPULAR CARGAS SEGUN LA NORMA, HIGIENE POSTURAL, ACATAR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD. CONTROL CON OPTOMETRIA PARA ACTUALIZAR LENTES. EN LA ACTUALIDAD NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA SEGUN ENCUESTA NI PATOLOGIA DE ALTO RIESGO PARA COVID 19.

EXÁMENES PARACLINICOS REALIZADOS

☑ VISIOMETRIA

Otros exámenes:

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador: Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar a realizar a mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento.El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(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 paraclínico(s) acupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas. Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizara el(los) examen(es) ocupacional(es). Fuí informado de las medidas que tomará Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Recibí copia de la valoración médica ocupacional.

Médico

Firma: 2017-01-16T12:50:37-05:00

Nombre: Dr(a) KATERINE FEREZ MENESES

Registro Médico: 8971 Licencia Salud Ocupacional: 000546

Aspirante o trabajador

Firma:

Nombre: YACID PINO CARRASCAL

Documento Identidad: 5506461