

BIOANALISIS IPS E.U.

Nit: 900232628-5

Clle 15 N 13-08 ARAUCA. PBX: 0978854450 - CEL.3208393435

BARRIO AMERICAS - www.bioanalisis.com.co

Nombre Paciente:	Jose Leonardo Martinez Ortiz	**Identificacion** 1010164799	**Codigo Unico Paciente:** 4946
Empresa:	PARTICULARES	**Fecha Nacimiento:**	24/06/1986
Direccion:	CLL 17 N 41-35 BR PEDRONEL JIMENEZ		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
16584	Masculino	33	Años	Union Libre	Profesional Universitari	ARAUCA	30/08/2019 16:20:22

Objetivo:	Ingreso	**E.P.S. Afiliado:**	SALUD TOTAL	**Cargo:**	FACILITADOR ARL
Contrato:				**Estrato:**	[2] - Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente resultado:

CONCEPTO INGRESO:

☑	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

☐	Satisfactoria
☐	No Satisfactoria
Valoracion por:	E.P.S. ☐ A.R.L. ☐

☐ **PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD** ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☑ Ergonomico ☐ Dermatologia

☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

Apto para el cargo..

RESTRICCIONES:

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES:

GENERALES: Higiene Postural. Utilizacion EPP. SEGUN I.M.C.: Dieta . Ejercicio Regular. MANEJO E.P.S. Y/O A.R.P.: Control PyP por EPS. Remision a EPS. PROGRAMAS DE PYP: Riesgo Biomecanico.

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o 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) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará BIOANALISIS IPS.. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a BIOANALISIS IPS. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Fri Aug 2019 08/30/19 07:05:58

Luz Divina Blanco Carpintero / RM: R.M 4176-30/08/2016.

30/08/2019 16:20:54

Fri Aug 2019 08/30/19 16:20:54

Firma y Huella del Paciente o Responsable

Indice Derecho