

SALUD LABORAL MONTERREY

NIT 900367188-6

CALLE 18 N.13-32 -www.saludlaboralmonterrey.com

BARRIO LOS ESTEROS-saludlaboralmonterrey@gmail.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Jhony Alexander Cristancho Medina	7232018	13385
Empresa:	PARTICULARES	**Fecha Nacimiento:**	17/12/1977
Direccion:	CL 27 No. 14 - 19 TORRE 4 APT 204		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
34768	Masculino	44	Años	Union Libre	Profesional Universitar	MONTERREY	12/01/2022 16:37:52

Objetivo:	Ingreso	**E.P.S.:**	SANITAS	**A.R.L.:**		**Cargo:**	ASESOR EXTERNO
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**		CLASE I		**Estrato:**	[3] - Medio 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 BIOMECANICO

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

En cumplimiento a la resolución 223 25/02/2021, colaborador sin vulnerabilidad por comorbilidad para covid 19. Aplicar protocolo de bioseguridad contra covid 19 según lineamientos de minsalud , implementado por el empleador,usar elementos de protección personal según perfil del cargo,capacitación en higiene postural de columna,pausas activas cada 2horas de 10minutos a riesgo biomecánico .

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi 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 medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoria 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 SALUD LABORAL, Para proteger la confidencialidad de mis resultados Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y son veridicas. Autorizo a SALUD LABORAL 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 leido 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.

MARTHA J. JIMENEZ S. - C.C. 41578325 / RM: SO 1163

12/01/2022 16:52:55

Generado por SGMI - TERRASOFT.

Firma y Huella del Paciente o Responsable

Indice Derecho