Dr. Juan de Jesús Ospina Aguirre

Especialista en Salud Ocupacional - Salud Familiar y Ultrasonido Médico y Rehabilitación Cardiopulmonar
Imágenes Diagnósticas Ultrasonográficas (Ecografías) - UNIVERSIDAD DE CALDAS -
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA - Registro Departamental 1179 - Registro Nacional 8440

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL
EXAMEN MÉDICO DE SALUD OCUPACIONAL

FECHA: 14. 04 / 2020. **TELÉFONO:** 313. 7686125.

NOMBRE COMPLETO Diego. Alonso. Ramirez Pineda.		**EDAD** 38A.	**CÉDULA** 16. 0703x6.
EMPRESA O CONTRATANTE Gobernación. de caldas. **TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL: (Ingreso, egreso, post incapacidad, reintegro, cambio de ocupación periódico programado otro**		**CARGO**	Abogado ingreso.

CONCEPTO DE APTITUD: aplica para ingreso post, incapacidad, periódico reintegro, cambio de ocupación).
Marque con x una de las siguientes:

Sin limitaciones para el cargo: X. Con limitaciones para el cargo: — Aplazado: —

CONCEPTO DE APTITUD APOYADO EN EL PERFIL PARA EL CARGO: SI X **NO** —

OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES: (Restricciones Recomendaciones o motivo de aplazamiento)

Acatar normas de seguridad, usar elementos de protección personal, pausas activas, e higiene postural.
Apto para el cargo Asignado / No virus is

EL CONCEPTO DE APTTITUD SE EMITIO APARTIR DE: (Marque con una X los que aplique)

Examen Médico		Neuroconducción		Lanoratorios: Cuales	
Tamizaje de Audiometría		Evaluación Osteomuscular			
Tamizaje de Espirometría		Evaluación Dermatológica			
Tamizaje de Visiometría		Evaluación Trabajo en alturas			
Examen Optométrico		Evaluación M. de Alimentos		Otros; Cuales	
Electrocardiograma		Evaluación Cardiovascular			
Electro encefalograma					

EXAMEN DE RETIRO: Sospecha de: (Marque con una X según a que corresponda)

Secuela ATEP no reportado: Si___ No X Enf. Profesional: Si___ No X Enf Común agravada por el trabajo: Si___ No X

SE ENTREGA REMISION PARA LA E.P.S SI _____ NO ✓

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGÍA SUGERIDOS: (

Consentimiento Informado del aspirante o trabajador: Autorizo al (a/el)Doctor(a) abajo mencionado (a)a realizar en mi examen y /o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado en este documento, (el) (la)Doctor(a) abajo mencionado(a) que me ha explicado la naturaleza, el propósito los beneficios la interpretación, las limitaciones y los riesgos para el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) a partir de la respetiva historia clínica antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) exámenes. Fui informado de las medidas que tomara la institución para proteger la confidencialidad de los resultados, recibí copia de la valoración médica de salud ocupacional, las respuestas dadas por estas son verídicas y son completas, autorizo a la empresa para que suministre a mi empresa donde trabajo y /o entidades contempladas en la legislación vigente, para que suministre este documento para el buen cumplimiento del programa salud ocupacional y para las situaciones que lo ameritan.

Dr Juan de J Ospina A
Especialista en Gerencia
de Salud Ocupacional
Reg Dptal 1179 Reg Nal 8740

FIRMA DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

X

FIRMA DEL EMPLEADO

Cra. 21 Nº 23 - 26 Plaza de Bolívar Tel: 882 12 22 - 890 30 40
Cel. 312 259 0881 Manizales, Caldas
E-mail: jjoa81@hotmail.com