

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1

CIAT Superar
Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar

TIPO DE EXAMEN: Ingreso con Énfasis Osteomuscular

CIUDAD: AGUACHICA **FECHA:** 22 (DD) 12 (MM) 2021 (AAAA) 10:40 (HORA)

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la Empresa	Cargo
INDEPENDIENTE	CONTRATISTA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DINA	VANESSA	NAVARRO	HERNANDEZ

Tipo de Identificación: ● C.C. ○ C.E. ○ T.I. ○ P.T. **Número:** 55220150 **Edad:** 38 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 ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, ADOPTAR ADECUADA POSTURA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y CAMBIOS POSTURALES DURANTE LA JORNADA, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, EJERCICIO PERMANENETE, DIETA HIPORASA E HIPOGLUSIDA.

EXÁMENES PARACLINICOS REALIZADOS

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

Elver Cardenas A.

Firma:

Nombre: Dr(a) ELVER CARDENAS ANTELIZ

Registro Médico: 1334 Licencia Salud Ocupacional: 8952

Aspirante o trabajador

Firma:

Nombre: DINA VANESSA NAVARRO HERNANDEZ

Documento Identidad: 55220150