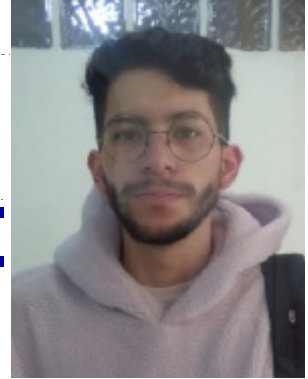


CERTIFICADO DE APTITUD

IDENTIFICACIÓN	FECHA
CC 1,000,713,535	7/10/2022

Masculino, soltero, Universidad, Temp: 36.3°C, IMC: 18.26, hora: 9:49:43 a. m., Vacuna COVID:

NOMBRE	JHONATAN DAVID LOPEZ GARCIA		
EMPRESA	PARTICULAR	NIT	0
CARGO	ENFERMERO	ÁREA	Administrativa
TIPO DE EXAMEN	Ingreso	EDAD	22 años
		CIUDAD	BOGOTA



CONCEPTO: SATISFACTORIO CON PATOLOGIA, que no interfieren con su capacidad laboral.

A nivel OSTEOMUSCULAR se considera Sano, sin limitaciones para ejecutar su cargo actual. RESTRICCIONES (meses): Sin restricciones ni limitaciones para la ejecución del cargo actual.

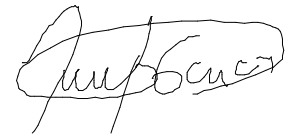
EXÁMENES REALIZADOS	☒ Examen Médico	☐ Cuadro Hemático	☐ Colesterol total	☐ Coprológico	☐ TGO TGP	OTROS:
	☐ Audiometría	☐ Glicemia	☐ Trigliceridos	☐ KOH uñas	☐ Parcial Orina	
	☐ Visiometría	☐ Perfil lipídico	☐ Creatinina	☐ Frotis Garganta	☐ BUN	
	☐ Espirometría	☐ Optometría	☐ Psicosensométricas	☐ Hemoclasificación	☐ Gravindex	

RECOMENDACIONES GENERALES	☐ Dieta balanceada:	☐ Pausas activas	☒ Hábitos saludables	☐ Usar corrección visual
	☒ Fortalecimiento muscular	☐ Higiene postural	☐ Uso elementos de protección	☒ Actividad física regular

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS: . TOMA SERIADA DE TENSIÓN ARTERIAL 2 VECES AL DÍA DURANTE 7 DÍAS, LLEVER REGISTRO A CONSULTA DE MEDICINA GENERAL. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN; BATA, GUANTES, CALZADO ADECUADO, LAVADO DE MANOS, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS DURANTE 10 MINUTOS. RIESGO BIOLÓGICO Paciente manifiesta no presentar signos o síntomas presuntivos para C O V I D - 1 9. Continuar con protocolos de Bioseguridad.

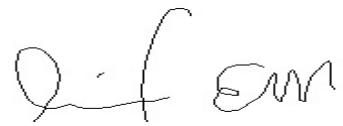
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

☐ VISUAL	☐ AUDITIVO
☐ RESPIRATORIO	☒ NUTRICION
☐ OSTEOMUSCULAR	
☒ CARDIOVASCULAR	
☐ PSICOSOCIAL	



LOPEZ, JHONATAN DAVID

CC **1000713535**



Neil de Avila

Licencia SST: **11661 / 2021**

Registro médico:

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo al doctor mencionado(a), profesional adscrito a MEDYSCOL a realizame el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(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(s) 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 MEDYSCOL para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Manifiesto que he leído y comprendido lo anterior y que me encuentro en capacidad de