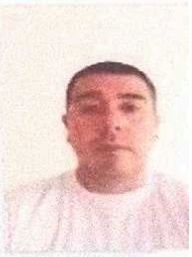
MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL
NIT. 830.592.359-3

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL - INGRESO
PARA TRABAJO EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS

N 300/5331	
FECHA:	29 DE DICIEMBRE DEL 2022
NOMBRE:	BELLO CORREDOR RONALD
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	7.366.298
EMPRESA:	BELLO CORREDOR RONALD NIT 7366298
CARGO:	ALBAÑIL – EPS – NUEVA EPS

EXÁMEN DE INGRESO	X		
EXÁMEN DE EGRESO			
EXÁMEN PERIÓDICO			
EDAD	38	R.H.	O+
PESO	92KL	SEXO	M



RESULTADOS EXÁMENES PARACLÍNICOS

ESPIROMETRÍA	SI	OK
AUDIOMETRÍA	SI	OK
VISIOMETRÍA	SI	OK
ELECTROCARDIOGRAMA	SI	OK
PSICOLÓGICO	SI	OK
RADIOLOGÍA (TÓRAX / COLUMNA / OTRAS)		
VACUNAS	SI	OK

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

CUADRO HEMÁTICO IVG	SI	OK
SEROLOGÍA	SI	OK
GLICEMIA	SI	OK
COLESTEROL	SI	OK
TRIGLICERIDOS	SI	OK
PARCIAL DE ORINA	SI	OK
SODIO		
POTASIO		
PLOMO		

FROTIS FARÍNGEO/CON CULTIVOS	
KOH UÑAS	
PRUEBA DE EMBARAZO	
HEMOCLASIFICACIÓN	
TSH	
AMILASA	
BACILOCOSPIA	

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA ***A la fecha hacemos constar que el trabajador fué examinado y los resultados obtenidos fueron los siguientes***

APTO	SI	APTO CON RESTRICCIÓN		NO APTO	APLAZADO
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	SI			CONCEPTO	

RECOMENDACIONES

1. CONTROL EPS	SI	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS Y EN ESPACIOS CONFINADOS
2. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	SI	
3. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE	SI	

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO PRESENTA MORBILIDA PREEXISTENTES SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 2020.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del exámen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por m estos exámenes y presentes en este documento son veráces y completas. Entendiendo que en este proceso es voluntario y libre de todo cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimi antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el Profesional de Salud Ocupacional de MEDIPRO tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o física la información registrado a la persona o entidad ¿, contemplado en la legislación actual vigente, para el buen cumplimient programa de Salud Ocupacional de la empresa y de los cuales recibiré los resultados y asegura estar de acuerdo con el proceso. Haga constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfecció anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

Responsable: Dra. Karen Liseth Ibañez Hernández
Medico esp. En salud ocupacional
RM.: 11441475SE
Universidad libre de Cali
Licencia salud ocupacional
1436-19
Cali

MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL R.M.

FIRMA TRABAJADOR

Ronald Bello Cordor

C.C. No.



Declaración de CONFIDELIDAD: El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En Concordancia Con la Resolución 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

Escanear con **Exploración rápida**