

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



LABORATORIO DE INVESTIGACION HORMONAL LIH

NIT: 800075543-1

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 80231755-4808

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	18/11/2022 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	EGRESO
Paciente:	JUAN PABLO GUTIERREZ BARRAGAN	Identificación:	80231755
Género:	MASCULINO Edad: 42	Teléfono:	NR Móvil: 3003678216
Fecha Nacimiento:	28/08/1980	Cargo:	COORDINADOR (A)
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección:	CL 1 B NO. 5-94 APTO 102	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	ESPECIALIZACION	AFP:	SKANDIA
Empresa:	HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EGRESO SIN PATOLOGIAS RELACIONADAS CON EL CARGO

Observaciones: CONTROL DEL PESO POR NUTRICION HABITOS DE VIDA SALUDABLE

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

NATALIA CARDENAS
Médico Laboral
U. Rosario
LSO 6954



NATALIA CARDENAS POLANIA

JUAN PABLO GUTIERREZ BARRAGAN

80231755

Firma y cédula del Paciente

Médico Especialista en Salud Laboral