



MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
NIT 900889250



CERTIFICADO APTITUD LABORAL

Datos Generales

Documento: CC 14397707 **Fecha Nacimiento:** 20/03/1983 **Historia No.** 482.858 **Fecha:** 2021-10-16 11:54
Nombres: REINERO OYALA PEÑA **Genero:** M **Edad:** 38 Años 7 Meses 27 Dias
Telefono: **Regimen:** Particular
Direccion: BOGOTA **Ciudad:** BOGOTA D.C
Entidad: Particular

Servicio: EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL

Concepto

APTO PARA DESEMPEÑAR SU LABOR SIN ALTERACION DE SALUD EVIDENTE.
EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIÓ A PARTIR DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- * VISIOMETRIA
- * AUDIOMETRIA
- * EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL.

Recomendacion

1. CAPACITACION EN EJECUCION SEGURA DE SUS TAREAS.
2. HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3. AUTOCUIDADO.
4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5. PAUSAS ACTIVAS.
6. USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP).
7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCION AMBIENTAL Y RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE,
8. DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDEMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE.

Observaciones

DIAGNOSTICO
- SOBREPESO

RECOMENDACIONES

DIETA RICA EN FRUTAS Y VEGETALES
-REALIZAR EJERCICIOS FISICOS 30 MINUTOS AL DIA
-DISMINUIR LA INGESTION DE ALIMENTOS FRITOS, DULCES, PASTAS Y HARINAS
-SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTAS DE LA EPS A PATOLOGIA DE ORIGEN COMUN
-VALORAR POR MEDICINA GENERAL DE LA EPS

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

FIRMA PACIENTE: _____

Dra. Alix Johana Rojas
Médico Especialista
En Salud Ocupacional
Lic. 4951

Profesional ALIX JOHANA ROJAS RUIZ
Registro 0000 **Especialidad** Otro MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL