	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	
	DIRECCIÓN GENERAL – SECRETARIA GENERAL -GRUPO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	CONCEPTO MEDICO	
	Regional	**Tolima**
	Centro	**Centro Agropecuario de la Granja**
Nombre	**JOSE OSDWARD ALZATE GARCIA**	
Tipo Examen	**Manipulacion de Alimentos**	
Fecha Creación	**2022-10-13**	

CONCEPTO

1.Apto

RECOMENDACIONES CONCEPTO

RECOMENDACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE

RESTRICCIONES CONCEPTO

SIN RESTRICCION MEDICA PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS. SIN RESTRICCION MEDICA PARA LAS ACTIVIDADES DEL CARGO.

REQUIERE EXAMEN:

PSICOLOGICO	No
GENERAL	No
ESPECIALISTA	No
ADICIONAL	No

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Certifico que he sido informado amplia y suficientemente acerca de lo que trata y la finalidad que tiene ésta consulta medica y que han sido respondidas a satisfacción todas las preguntas que he tenido acerca de la misma. Autorizo al profesional medico asignado por la institución para que me sea realizado el presente examen medico. Certifico que la información por mi brindada durante esta consulta medica es completa, veraz y que no he omitido información sobre mis antecedentes médicos, ni de mi actual estado de salud que pueda llegar a derivar en riesgos para mi salud y en particular con relación al desarrollo de mi trabajo, así mismo autorizo a los profesionales del área médica del Servicio Nacional de Aprendizaje para tener acceso y consulta a la información aquí contenida dentro del marco de la confidencialidad medica, para su utilización con fines de seguimiento, análisis y planeación de acciones de salud dentro de los programas de salud ocupacional que la entidad considere se requieran. Refiero entender lo escrito en este consentimiento informado y de forma voluntaria firmo a continuación el presente documento en señal de aceptación:

Aspirante o Trabajador		**Medico**	
Nombre	JOSE OSDWARD ALZATE GARCIA	**Nombre**	Miguel Angel Barrios Rengifo
Firma		Firma	Dr. Miguel Angel Barrios R. Médico y Cirujano Esp. Medicina del Trabajo R.M. 7394497 Lic. Salud Ocupacional 970 U. Del Valle U. del Rosario
Numero Identificacion		**Sello**	