

ASISTIR IPS Y HSE

NIT. 900014237-4
900014237-4
CALLE 17 N° 27-56.- 6357082 - 3138163434-3123918667

Identificacion: 16187389
Codigo Unico Paciente: 68539

Nombre Paciente: Cesar Augusto Rotavista Leon
Empresa: INDEPENDIENTE
Direccion: Calle 17 N° 26-39 Yopal - Casanare
Fecha Nacimiento: 08/12/197

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
421255	Masculino	Años 44	Unión Libre	1 - 5 (Basica Primaria)	YOPAL	17-03-202314 42 3

Objetivo: Ingreso | E.P.S. Afiliado: NUEVA EPS | Cargo: MAESTRO DE OBRA
Contrato: | Estrato: [2] - Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente resultado:

CONCEPTO INGRESO:

☑	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

☑	Satisfactoria
☐	No Satisfactoria
Valoracion por:	E.P.S. ☐ A.R.L. ☐

☐ PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia
☐ Otros

Se Realizaron los siguientes examenes: Examen medico ocupacional con enfasis osteomuscular, Optometria, Audiometria Ocupacional.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

Apto: Clinicamente no Presenta Alteracion de la Salud limitante o que pueda agravarse o complicarse con la exposición laboral

RESTRICCIONES:

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES:

GENERALES: Higiene Postural. Reviar vacunacion, Alimentacion sana , dieta estricta: baja en harinas, grasas, gaseosas o dulce. Ejercicio 3 veces por semana, gimnasia laboral (calistenia y estiramientos), control de laboratorios con EPS.. Control Promoción y Prevención por EPS.

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y proposito del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el proposito, los beneficios, la interpretacion, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realizacion de esta(as) 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 tomara Asistir IPS & HSE. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) estan completas y son veridicas. Autorizo a Asistir IPS & HSE para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente, la informacion registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislacion. Finalmente manifiesto que he leido 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. He recibido de conformidad a la resolución 2346 del 2007 articulo 9° parageafo 1° copia de mi certificación medica.

Armando Quintero / RM. Medico Esp Seguridad Salud en el Trabajo Lic. 0400/2013

Generado por SGMI - TERRASOFT
NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co

Firma y Huella del Paciente o Responsable

Indice Derecho

Powered by CamScanner