CLINICA FAME IPS SA
Código Prestador: 170010173801
Ciudad Manizales
Carrera 21 # 23-26 MANIZALES CALDAS
clinicafameips@hotmail.com
Tel: 8821222
Cel: 3213788012

CERTIFICADO

Fecha y hora: 14-04-2023 08:38 AM
Identificación: CC 3057136
Paciente: JOSE FABIAN PARRA LOZANO
Entidad: Salud Total Eps-S S.A.

Certificado:

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CONCEPTO DE APTITUD: Aplica para EXAMEN MEDICO PERIODICO CON PH INGENIERIA SAS
CARGO: OFICIAL

Sin limitaciones para el cargo: X
Con limitaciones para el cargo:

CONCEPTO DE APTITUD APOYADO EN EL PERFIL PARA EL CARGO:SI__X_ NO___

Acatar normas de seguridad, usar elementos de protección personal, pausas activas e higiene postural.

EL CONCEPTO DE APTITUD SE EMITIO A PARTIR DE: (Marcar con un equis (x) los que aplique)

EXAMEN MEDICO:
Tamizaje de Audiometria: X
Tamizaje de Espirometria: X GOLD II ASINTOMATICO QUE NO RESPONDE A BRONCODILATADOR CONSULTAR POR EPS
Tamizaje de Visiometria: X PRESBICIA USAR GAFAS SOLO PARA LEER
Examen Optométrico:
Electrocardiograma:
Evaluación Osteomuscular: X
Evaluación Dermatológica: X
Evaluación Trabajo en Alturas: X
Evaluación Manipulación de alimentos:
Evaluación Cardiovascular: X

Evaluacion de Espacios Confinadas: X

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO Y GLICEMIA

EXAMEN DE RETIRO: Sospecha de: (Marque con una equis (x) según corresponda)

Secuela Accidente laboral no reportado: NO

Powered by CamScanner

CLÍNICA FAME IPS SA
Código Prestador: 170010173801
Ciudad Manizales
Carrera 21 # 23-26 MANIZALES CALDAS
clinicafameips@hotmail.com
Tel: 8821222
Cel: 3213788012

CERTIFICADO

Enfermedad Profesional: NO
Enfermedad común agravada por el trabajo: NO
SE ENTREGA REMISIÓN PARA LA EPS: NO---CONSULTAR A EPS POR ALTERACION EN ESPIROMETRIA Y CITA DE OPTOMETRIA

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGÍCA SUGERIDOS: CON DOS DOSIS DE ASTRAZENICA Y UNA MODERNA

EXAMEN LABORAL: PERIODICO
APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS, TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS Y TRABAJO ASIGNADO NO VIROSIS
RECOMENDACIONES USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: autorizo al (a/el)Doctor(a) abajo mencionado (a) a realizar en mi, examen y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registro en este documento. (el) (la)Doctor(a) abajo mencionado(a) que me ha explicado la naturaleza, el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y los riesgos para el exámen médico y/o paraclinico(s) ocupacional (es) a partir de la respectiva historia clinica antes de la respectiva toma de pruebas.Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizara el (los) exámenes.Fui informado de las medidas que tomará la institución para proteger la confidencialidad de los resultados,recibí copia de la valoración médica de salud ocupacional, las respuestas dadas por éstas son veridicas y son completas, autorizo a la entidad para que suministre a mi empresa donde trabajo y/o entidades contempladas en la legislación vigente para que suministre éste documento para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones que lo ameritan.

Profesional que realizó el certificado:

Dr. Juan de J. Ospina A.
Especialista en Gerencia
de Salud Ocupacional
Reg Opsa: 1170 Reg Nal 8760

Juan de Jesus Ospina Aguirre
CC: 10084708 **RM: 8440**
SALUD OCUPACIONAL

Powered by CamScanner