MEDISSCOP
CERTIFICADO MEDICO LABORAL
DE INGRESO



CERTIFICADO MEDICO LABORAL

FECHA:	*4*	*MAR*	*2023*	***CEDULA***	*1039459428*	***De***	*MEDELLIN, ANTIOQUIA*	***EDAD***	*29*	***AÑOS***
NOMBRE Y APELLIDOS	*DIEGO FERNANDO ROMERO MOLINA*									
EMPRESA CONTRATANTE:	*INDEPENDIENTE*									
CARGO:	*SELECCIONADOR*							***EXPERIENCIA***	*8 AÑOS*	
EPS	*EPS SURAMERICANA*			***ARL***	*ARP SURA*			***AFP***	*PORVENIR S.A.*	

AQUIEN SE LE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

VISIOMETRIA		**P. EQUILIBRIO**		**GLICEMIA**	***115***	***OSTEOMUSCULAR***	***X***
AUDIOMETRIA		**ESPIROMETRIA**		**OPTOMETRIA**			

CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR SE ENCUENTRA EN CONDICION DE

APTO	ACEPTADO SIN DEFECTOS O ENFERMEDAD ALGUNA	SI	***X***	NO	
APTO	CON DEFECTOS CORREGIBLES QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL	SI		NO	
NO APTO	CON ENFERMEDAD DECLARADA QUE INTERFIERE CON SU CAPACIDAD LABORAL	SI		NO	

RECOMENDACIONES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Remision a E.P.S			Auditivo		Respiratorio
Continuar manejo medico			Visual		Ergonomico
Seguimiento por la E.P.S			Cardiovascular		Quimico
Seguimiento por la A.R.L			Psicolaboral		Osteomuscular
Higuiene postural					
Uso de EPP	***X***				

RECOMENDACIONES ESPECIALES

SIN RESTRICCIONES

APTO PARA LABORAR.

DECLARACION DEL TRABAJADOR:Certifico que las respuestas dadas por mi en este examen estan completas y son verificadas, autorizo a la entidad de salud para que suministre la informacion requerida por sus directivas,incluyendo la presente.

Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: ***DHS899387***

Dr. Luis Alberto Muñoz Orozco
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Higiene y Seguridad Industrial
UNILIBRE Reg. 1230 SSDV

25464 34119

FIRMA,SELLO Y REGISTRO MEDICO

FIRMA DEL TRABAJADOR

Resolución 1918 de 2009 Historias Clínicas Ocupacionales
Verifiquese Vigencia del Presente Certificado a los Teléfonos 3728077

VERS. E3