Salud Ocupacional del Huila Limitada - IPS
Prestador: 4100101149
Dirección: Calle 13 #5-34, Neiva - Huila - Colombia.
Teléfono: PBX: (8) 8722063 | (8) 8721353
Email: siau.soh@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

INFORMACIÓN GENERAL



Nombre: YESIKA HERRERA AGUIRRE
Tipo de documento: Cédula de ciudadanía
Nacimiento: 1996-07-30
Estrato: 2
Rh: O+
Hijos: 0
Estado civil: Soltero
Direccion: CALLE 78 B # 2-35
Otros teléfonos:
Cargo: INDEPENDIENTE
Fecha: 2023/10/13 **Tipo de evaluación:** Ingreso

Edad: 27 Años
Documento: 1075298740
Ciudad o municipio: 001 - HUILA > NEIVA
Sexo: Femenino
Escolaridad: Tecnólogo - 16
Raza: Caucásico
Discapacitado: NO
Teléfono celular: 3105756950
Nombre del responsable:

DATOS DE LA EMPRESA CONTRATANTE

Nombre: PARTICULARES
Direccion: -
Otros teléfonos:

Identificacion: 000000000
Teléfono celular: 3209522184
Actividad:

PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

P: PARACLÍNICOS
- AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL
- VISIOMETRÍA OCUPACIONAL
- EXAMEN MÉDICO DE INGRESO
  - ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

L: LABORATORIO CLÍNICO

V: VACUNAS

CERTIFICADO DE APTITUD

Concepto ocupacional: APTO **Observación:**
Concepto Énfasis osteomuscular: SIN PATOLOGÍA

RECOMENDACIONES GENERALES

Sin recomendaciones

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

Sin recomendaciones

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **YESIKA HERRERA AGUIRRE**, identificado con **CC 1075298740**, autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciados en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atenciónndonde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL DEL HUILA.

Firma del especialista:

DANIEL EDUARDO PASTRANA NARVAEZ
MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Tarjeta prof. # 650/2022

Código de verificación
103930-A00F1

Firma del trabajador:

YESIKA HERRERA AGUIRRE
CC: 1075298740