CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Dirreción: CALLE 134 BIS NO. 18 - 43
Teléfono: (57 1) 3099174 - 3108737604
Web: www.labintox.com
Email: labintox@hotmail.com

FECHA DE EXAMEN 2023-10-27
TIPO DE EXAMEN PREINGRESO CON VALORACION OSTEOMUSCULAR



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellidos y Nombres ESTRADA MARTINEZ MARIO DE JESUS Identificación CC Nro 84457351
Fecha de Nacimiento 1984-01-08 **Edad** 39 **Sexo** M
ARL POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
EPS SANITAS E.P.S. S.A. **AFP** COLFONDOS
Empresa PARTICULAR
Actividad Ecónomica **Ciudad De Atencion** Bogotá, D.C.
Cargo CONTRATISTA
Fecha Ingreso 2023-10-27 08:42:13

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN ESPIROMETRIA	HISTORIA CLINICA AUDITIVO
HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	HISTORIA CLINICA VISIOMETRIA

CONCEPTO APTO Trabajador independiente.

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PARA TRABAJADOR INDEPENDIENTE.
EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE AUDIOMETRI, VISIOMETRIA Y ESPIROMETRIA.
CUMPLE CRITERIOS MEDICO OCUPACIONALES PARA SU ACTIVIDAD COMO ADMINISTRADOR FINANCIERO.
ESTE CONCEPTO TIENE VALIDEZ DE TrES AÑOS SIEMPRE Y CUANDO NO CAMBIEN LOS FACTORES DE RIESGO. DECRETO 1072 DE 2015.

RECOMENDACIONES

OTRAS: SI SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA DE SU EPS.

CONTROLES

Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos, ocupacionales que me han practicado.
Certifico que las respuestas dadas por mi, en este examen y registrado en este documento están completas y son verídicas. Entendiendo que la realización de este proceso es voluntaria y libre de toda cohersion y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento, antes de que se realizaran las pruebas. Fuí informado de las medidas que LABINTOX S.A.S tomará para proteger la confidencialidad de los resultados. Autorizo a LABINTOX S.A.S para que suministre, por cualquier medio físico o electrónico, la información registrada en este documento a las personas o entidades contempladas en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional de la empresa, de los cuales recibiré los resultados y estoy de acuerdo con el proceso. Reitero con mi firma que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad plena de expresar mi consentimiento.

René Donaldo Ramirez Enciso
Médico Laboral
Lic. S.S.T. 7503
C.C. 19.421.245

RENE DONALDO RAMIREZ ENCISO
RM: 7503
Firma y sello del médico siplasdor

MARIO DE JESUS
CC 84457351
Firma del trabajador siplasdo

Bogotá, D.C. - Bogotá, D.C.