SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S.
NIT 830.136.321-5
Código Prestador Servicios No. 110011270201
Licencia en Salud Ocupacional No 14213 de 21/11/13

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 24-dic-2019 **HORA** 08:23:35
EMPRESA Icfe
TIPO DE EXAMEN: PERIÓDICO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Libardo Vanegas
Edad 54 años 9 meses 14 dias
Documento de Identificación: CC Número: 13954026
Cargo PINTOR

CONTINUAR LABORES ASIGNADAS Y TRABAJOS EN ALTURA

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

Aptitud Especifica:
☑ Trabajos de altura

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Conducta: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación
Control: 1 año
Remisión: Ninguna
Recomendaciones: protección auditiva, ingresar Programa (PVER).

Optometria
Vision Lejana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO ,USAR MONOGAFAS, USAR FILTROS AR,CONTROL EN UN AÑO.
Vision Cercana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO ,USAR MONOGAFAS, USAR FILTROS AR ,CONTROL EN UN AÑO.

Espirometria: ESPIROMETRIA NORMAL PACIENTE APTO

LABORATORIO: GLICEMIA: NORMAL COLESTEROL: ANORMAL TRIGLICÉRIDOS: NORMAL

Otras Recomendaciones: 1/ Uso de EPPs adecuados a actividad laboral. 2/ Programa de cargas (capacitar) manejo cargas si llega a realizar esta actividad. 3/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de columna.4/ Uso de bloqueador solar si está expuesto a sol. 5/ Ropa de trabajo acorde a actividad laboral. 6/ Control en IPS con exámenes periódicos.7/ Proteccion auditiva,incluir en PVER.
AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:
MEDICO: NORMAL. OSTEOMUSCULAR: Normal REMISION A EPS?: NO

Tipo de Restriciones:
☑ Ruido por encima de 85 db

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales , personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Laura Torres Mangones
Médico
Seguridad y Salud en el Trabajo
R.M. 24643 - Lic. S.O. No. 368

Firma
Nombre: LAURA MERCEDES TORRES MANGONES
RM. 24643 Lic.SO:

Trabajador

Firma
Nombre: Libardo Vanegas
CC N° 13954026

Huella

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo a **Servisalud ocupacional IPS.,** a realizar en mí, el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es) registrado(s) en este documento **Servisalud ocupacional IPS.,** me ha explicado la naturaleza y propósito del exámen médico y/o paraclínico(s) opcional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones, los riesgos y consecuencias del examen y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas.

Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizara(n) el (los) exámenes. Fui informado de las medidas que tomara SERVISALUD OCUPACIONAL IPS., para asegurar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este (os) examén (es) están completas y son verídicas. Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS., para que suministre a las entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo contempladas en la legislación vigente.

AUTORIZACIÓN DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo de manera voluntaria, previa explícita informada e inequívoca a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS, la recolección, almacenamiento de datos y que sean usados, circulados y en general tratados, con la finalidad de desarrollar nuestro objeto social, el cual es el servicio de salud ocupacional, la realización de exámenes de laboratorio, igualmente para la identificación de las personas y para la suscripción de contratos.

Con el objetivo de verificar la autenticidad de la identidad de los usuarios y con la finalidad de garantizar la seguridad de la identidad, evitar suplantaciones, fraudes y para efectos de carácter probatorio, SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S, realizará la recolección de la firma digitalizada, fotografía digitalizada y la huella dactilar digitalizada, los cuales están clasificados como datos sensibles, que son almacenados en la historia clínica y por lo tanto no se almacenarán en bases de datos que serán tratadas por EL RESPONSABLE, garantizando así el derecho a la intimidad y confidencialidad.

Finalmente, manifiesto que he leído 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.

Trabajador:

Firma: _____

Nombre: _____

CC No. 13954026

