CALLE 48C # 65 - 23
SECTOR SURAMERICANA
TELEFONO: 230 18 10 - FAX: 260 83 80
MEDELLIN - COLOMBIA
E-mail: solicitudservicios@previlabor.com.co



DÍA	MES	AÑO
30	3	2019

Hora Registro: 11:44 AM

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL - PREEMPLEO

NOMBRE:	ALBERTO GUILLERMO LONDOÑO JARAMILLO	**CEDULA:**	70097266	**EMPRESA CONTRATANTE:**	PARTICULAR
CIUDAD	Medellín	**CARGO:**	DOCENTE	**EMPRESA EN MISIÓN**	PARTICULAR
EPS	NUEVA EPS				

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

EXAMEN	FECHA
OPTOMETRIA	30/3/2019
ESPIROMETRIA	30/3/2019
GLICEMIA	30/3/2019
CUADRO HEMATICO-HEMOGRAMA IV	30/3/2019
PARCIAL DE ORINA	30/3/2019
PARCIAL DE ORINA	30/3/2019

CONCEPTO VALORACION MEDICA

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR. NO PRESENTA NINGUNA RESTRICCION LABORAL

CONDUCTA:

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

DEBE CONSULTAR A SU EPS PARA EVALUACIÓN DE ALTERACIÓN DE PARED ABDOMINAL. NO CARGAR PESO POR ENCIMA DE 20 KG
REALIZAR EJERCICIO DE 3 A 5 VECES POR SEMANA EN FORMA SUPERVISADA, REVISAR ESQUEMA DE VACUNACION, CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA EN SU EPS; DEBE USAR LENTES PARA LABORAR

Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos de la Historia Clínica Ocupacional. También certifico que he discutido con la persona que me ha brindado la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso.
Entiendo que la realización de ésta(as) prueba(s) es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen.
Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado, además que fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confiabilidad de mis resultados.

JOSE URIEL MEDINA RESTREPO
Licencia No. 579
NOMBRE Y LICENCIA DEL ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No.