CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



900467430-3
LSO. N° 94639 del 28/11/2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 1027966747-49647

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	8/07/2021 APARTADO	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	SERGIO HERNANDEZ URANGO	**Identificación:**	1027966747
Género	MASCULINO **Edad:** 31	**Teléfono**	**Móvil:** 3113077577
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**Cargo:**	ENTRENADOR DEPORTIVO
Dirección	BARRIO LA PAZ	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Empresa	PARTICULAR -	**Escolaridad:**	TECNOLÓGICO

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	UTILIZA SIEMPRE EL TAPABOCAS, EVITA MANIPULARLO, EVITAR CONSUMIR ALIMENTOS EN LA CALLE, NO TOCAR LA CARA NI NARIZ, RECUERDA LAVADO DE MANOS FRECUENTE CON AGUA Y JABON AL LLEGAR AL TRABAJO, A CASA, AL COMER Y DESPUES DE RETIRAR Y PONER EL TAPABOCAS, DESINFECTE FRECUENTEMENTE LAS MANOS CON ALCOHOL, MANTENER LA DISTANCIA DE SEGURIDAD CON PERSONAS QUE TOSEN O ESTORNUDAN, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, CONOCER Y CUMPLIR EL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO SEGURO EN LOS ESPACIOS DEFINIDOS POR EL CONTRATANTE,INDUCCION Y CAPACITACION SOBRE LABORES PARA EL CARGO A REALIZAR, REPORTAR OPORTUNAMENTE ACCIDENTES O EVENTO LABORALES., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

Observaciones: NO SE EVIDENCIA SINTOMA RESPIRATORIOS, NO PRESENTA PATOLOGIA SUCEPTIBLES DE COMPLICACIÓN POR UN EVENTUAL CONTAGIO POR SAR-COV2/COVI.D 19 SIN RESTRICCIONES Y NI RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑO DEL CARGO SEGUIR RECOMENDACIONES EMITIDAS POR EL ÁREA DE SST, SIGUIENDO MANUAL DE TRABAJO EN CONDICIONES SEGURAS

NOTA ACLARATORIA

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clínica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En ningún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)

RESPIRATORIO	, INDUCCION O REINDUCCION SOBRE EL USO DE PROTECCION RESPIRATORIA EN AMBIENTE LABORAL, CONTROL ESPIROMETRICO,	PPyP

Información de Remisiones

NO

Recomendaciones al Empleador

- Realizar inducción de acuerdo al cargo a desempeñar.
- Capacitación y entrenamiento de prevención de los riesgo según su ocupación.
- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Incluir al trabajador en los sistemas de vigilancia epidemiológica que requiera (Conservación Auditiva, Riesgo cardiovascular, Riesgo Biomecanico, Biológico, muscular, Respiratorio y Visual).
- Evaluar los esquemas de vacunación para enfermedades inmunoprevenibles.
- Verificar en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador

Autorizo al doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y/o paraclínicos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de la prueba. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el o los exámenes. Fui informado de las medidas que tomara la IPS para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este examen están completas y son verídicas. Autorizo a la IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento para el bien cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remita la historia clínica a la EPS a la cual me encuentra actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados ante mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento:









INGRID JUDITH FERREIRA RODRIGUEZ

SERGIO HERNANDEZ URANGO 1027966747

Firma y cédula del Paciente

LIC 605518

Médico Especialisa en Salud Laboral