FonSalud CENTRO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO S.A.S Nit 900.561.703-0	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL FORMATO CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CIUDAD: BARRANQUILLA / ATLÁNTICO **FECHA:** 18/04/2023

DATOS PERSONALES

NOMBRES: ORLANDO MARIO

PRIMER APELLIDO: ACENDRA **SEGUNDO APELLIDO**: RETAMOZO

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.042.348.990 **EDAD** 34 AÑOS

CARGO: **EMPRESA**: PARTICULAR

TIPO DE EXAMEN MEDICO

PERIODICO: Examen ocupacional ingreso con énfasis osteomuscular

EXAMENES PRACTICADOS:

EXAMENES	SI	NO	LABORATORIOS	SI	NO
EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL	X				
OPTOMETRÍA / VISIOMETRIA	X				
AUDIOMETRÍA					
ESPIROMETRÍA					

RESULTADOS DE VALORACIÓN MÉDICA (EXÁMENES DE INGRESOS):

Apto para cargos sin patología aparente	X
Apto para cargo con patología que no limita su labor	
Apto para cargo con restricción	
Apto para cargo con condiciones	
Apto para desempeñar trabajo de altura	
Apto para trabajar en manipulación de alimento	
Aplazado	
No apto	

OBSERVACIONES

RESTRICCIONES:

Sin restricciones

FonSalud CENTRO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO S.A.S Nit 900.561.703-0	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL FORMATO CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO:

PERIODICO:

RECOMENDACIÓN ESPECÍFICA:

SE REQUIERE REUBICACIÓN LABORAL	TEMPÓRAL:	PERMANENTE:	RESIGNAR TAREAS:

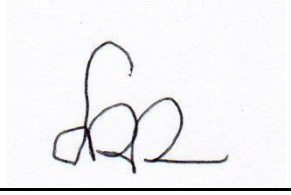
EXAMEN DE EGRESO:

SATISFACTORIO: X	NO SATISFACTORIO:	SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL:

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:

MEDICOS	OCUPACIONAL	ESTILO DE VIDA SALUDABLE Y HÁBITOS
Remisión a su EPS Valoración con optometría en su centro de atención Observaciones: No	Uso de E.P.P: - uso de elementos de protección relacionados para la labor asignada Observaciones: No	Iniciar Actividad Física: Ejercicio aeróbico periódico *Observaciones:*



MEDICO:

FIRMA Y SELLO:_____

NOMBRE: LORENA DE LA CRUZ RODRIGUEZ

LICENCIA: 8944 DEL 9 DE JULIO DE 2018

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: He autorizado o (a) al médico Especialista en Salud Ocupacional arriba mencionado (a), realizar en mí el examen médico ocupacional y paraclínicos ocupacionales registrados en este documento conforme quedo registrado en la Historia Clínica Ocupacional he comprendido he tenido la oportunidad de revisar, el propósito, beneficios, las interpretaciones, las recomendaciones y riesgos del examen médico ocupacional, los paraclínicos ocupacionales a partir de la asesoría brindada antes de las respectivas tomas de las pruebas. He sido informado de las medidas que tomara FONSALUD CARIBE IPS, para proteger la confidencialidad de nuestros resultados. Manifiesto ante mi firma bajo la gravedad de juramento de las respuestas dadas en estos exámenes son completas y veraces. Autorizo a FONSALUD CARIBE IPS suministre a las personas o entidades contempladas en las legislaciones vigente. La información registrada en el documento para el buen cumplimiento del programa de salud.