DR GABRIEL MENESES
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD
2 67 6901
316 224 7199 - 316 629 8211
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL/ HISTORIAL MEDICO N° 7702933413 CU

EMPRESA CONTRATANTE: INSTITUTO DE CASA FISCALES DEL EJERCITO NIT 860041247-8



MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO	FECHA:2023-01-12
NOMBRE: WILSON GARCIA BARRETO	C.C: 93341814
CARGO: MAESTRO DE CONSTRUCCION	CIUDAD: IBAGUE

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES
LABORATORIOS:NO SE HICIERON LABORATORIO
TIPO DE SANGRE:(O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:	OCUPACIONALES:	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
EMISION A EPS: NO APLICA EMISION A ARL: NO APLICA	HIGINE POSTURAL:SI UTILIZACIÓN DE EPP:SI	EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

CLUIR EL SVE:
RGONÓMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

E ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA E LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL, COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN ONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE UMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O QUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE ISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA EALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICAS ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

XAMEN MEDICO SATISFACTORIO
). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19.
EPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
) REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA,
) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGIA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

OMBRE DEL MÉDICO ABRIEL ALEXANDER MENESES VARON Gabriel A. Meneses Varón MEDICO GENERAL Y ESP. EN SST		FIRMA DEL TRABAJADOR
EGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE BRIL DE 2018	COMPRUEBE SU CERTIFICADO	C.C: 93341814

IMPRESO CON MEDIOCSOFT SOFTWARE DE SALUD OCUPACIONAL ©

Powered by CamScanner