Exisalud IPS
NIT. 901.385.351-0
Servicios Integrales en Salud

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

Certificado de aptitud laboral
Examen medico ocupacional osteomuscular pre-ingreso enfasis alturas
Trabajo en alturas



Fecha: 24/Nov/2023, **Hora:** 07:19:04 a.m.
Apellido: Berdugo teran
Nombre: Keiner jose
HC: # 10869
Edad: 27 años
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 1148702649
Sexo: Masculino ♂
Empresa: Consorcio ikaros
Nacim: 14/Abr/1996
Emp. Usuaria: Consorcio ikaros
Cargo: Ayudante de obra
Rh: O+
Direccion: Nr
Telefono: **Celular:** 3143686487 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Bogota d.c. - usme
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

.

Examenes Realizados

☑ Audiometría tamiz	☑ Optometría	☑ Glicemia	☑ Perfil lipidico	☑ Examen medico ocupacional osteomuscular enfasis en alturas

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

Estilo de Vida Saludable

* Estilo de vida saludable

Medicas

* Completar esquema de vacunacion para covid-19

Laborales

* Pausas activas
* Mantener adecuada higiene postural

Concepto

No apto para trabajo en altura

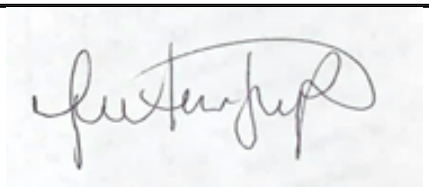
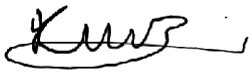
Recomendaciones Personalizadas

Se indica distanciamiento social, uso de tapabocas en servicios de transporte público y sitios con aglomeraciones
se recomienda lavado de manos frecuente con el fin de evitar enfermedades respiratorias y gastrointestinales
tiene 2 dosis de la vacuna contra el covid 19- pfizer
imc 22.27

Observaciones

Consentimiento Informado

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Firma Medico		Firma Paciente
		
Maria alejandra jurado ramirez Medico especialista sst **Lic. de S.O #:** 1623 **Registro #:** 11/05/2022		Keiner jose berdugo teran CC 1148702649