Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

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



Fecha: 25/Nov/2023, **Hora:** 07:52:23 a.m.
Apellido: Cortes cortes
Nombre: Lener francisco
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 1087125470
Empresa: Consorcio ikaros
Emp. Usuaria: Consorcio ikaros
Cargo: Ayudante de obra
Direccion: Tv 48b #68f-11
Telefono: **Celular:** 3023720372 **Email:** **Estado Civil:** Union libre
Ciudad: Bogota d.c. - ciudad bolívar
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

HC: # 11005
Edad: 35 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 06/Mar/1988

Rh: N/A

.

Examenes Realizados

☑ Audiometría tamiz	☑ Optometría	☑ Glicemia	☑ Perfil lipidico	☑ Examen medico ocupacional de pre- ingreso

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

* Sve salud auditiva

Estilo de Vida Saludable

* Estilo de vida saludable

Medicas

* Audiometría de control en un año

Laborales

* Pausas activas
* Mantener adecuada higiene postural

Concepto

Apto para el cargo con recomendaciones

Recomendaciones Personalizadas

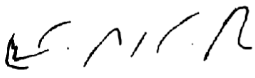
Imc 20.28
examen ocupacional anual
uso de tapabocas y elementos de proteccion personal
seguir protocolos de bioseguridad de la empresa.

Observaciones

Uso De Protección Auditiva Durante La Jornada Laboral, Reposo Auditivo Extra Laboral

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
		
Jeisson alexander pulido moncada Medico especialista sst **Lic. de S.O #:** 12289 **Registro #:** 18/10/2018		Lener francisco cortes cortes CC 1087125470