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 enfasis alturas
Trabajo en alturas



Fecha: 18/Nov/2023, **Hora:** 06:51:04 a.m.
Apellido: Epinayu epinayu
Nombre: Ramon
HC: # 10081
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 1123999925
Edad: 26 años
Empresa: Consorcio ikaros
Sexo: Masculino ♂
Emp. Usuaria: Consorcio ikaros
Nacim: 05/Nov/1997
Cargo: Ayudante de obra
Rh: O+
Direccion: Santa fe
Telefono: **Celular:** 3136205886 **Email:** **Estado Civil:** Union libre
Ciudad: Bogota d.c. - santa fe
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

.

Examenes Realizados					
☑ Audiometría tamiz	☑ Optometría	☑ Glicemia	☑ Perfil lipidico	☑ Valoracion vestibular o prueba de equilibrio	☑ Examen medico ocupacional osteomuscular enfasis en alturas

Recomendaciones Especificas

S.V.E.	Estilo de Vida Saludable
* Sve salud auditiva	* Ejercicio regular * Dieta balanceada

Medicas	Laborales
* Completar esquema de vacunacion para covid-19 * Audiometría de control en un año	* Pausas activas * Mantener adecuada higiene postural

Concepto

Apto para trabajos en alturas
Apto para el cargo con recomendaciones

Recomendaciones Personalizadas

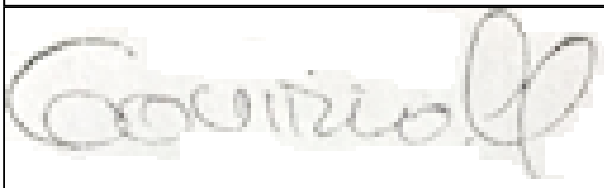
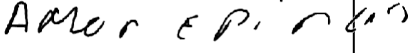
Uso de doble proteccion personasl en zonas de ruido
uso de epp

Observaciones

Covid Ninguna
Imc 21,64

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
		
Ivan dario gaviria montoya Medico especialista sst **Lic. de S.O #:** 7629 010716 **Registro #:** 70129523		Ramon epinayu epinayu CC 1123999925