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: 04/Dic/2023, **Hora:** 08:54:11 a.m.
Apellido: Castillo garcia
Nombre: Hary daniela
HC: # 11708
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 1006007335
Edad: 20 años
Empresa: Consorcio ikaros
Sexo: Femenino ♀
Emp. Usuaria: Consorcio ikaros
Nacim: 21/Dic/2002
Cargo: Ayudante de obra
Rh: N/A
Direccion: Calle 63a sur #37c-10
Telefono: **Celular:** 3125155263 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Bogota d.c. - ciudad bolívar
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

.

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

Recomendaciones Especificas

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

Medicas	Laborales
* Completar esquema de vacunacion para covid-19 * Control anual por optometria	* Pausas activas * Mantener adecuada higiene postural

Concepto

Apto para el cargo con recomendaciones

Recomendaciones Personalizadas

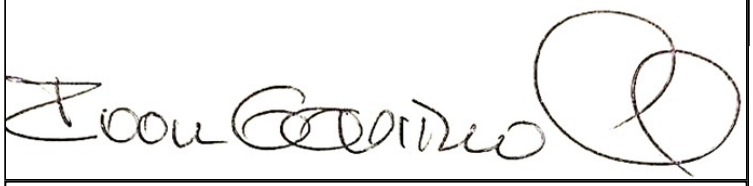
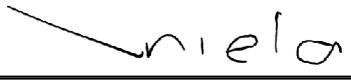
Uso de epp

Observaciones

Covid 2 Dosis
Imc 19.68

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		Hary daniela castillo garcia CC 1006007335