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: 01/Feb/2024, **Hora:** 07:11:02 a.m.
Apellido: Cabello peña
Nombre: Deivi jose
HC: # 17574
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 1007891516
Edad: 20 años
Empresa: Consorcio ikaros
Sexo: Masculino ♂
Emp. Usuaria: Consorcio ikaros
Nacim: 29/Jun/2003
Cargo: Ayudante de obra
Rh: N/A
Direccion: Cra 5d #3-18
Telefono: **Celular:** 3137787631 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: no aplica ::.
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

.

Examenes Realizados

☑ Audiometría tamiz	☑ Optometría	☑ Examen medico ocupacional de pre- ingreso

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

Apto para el cargo

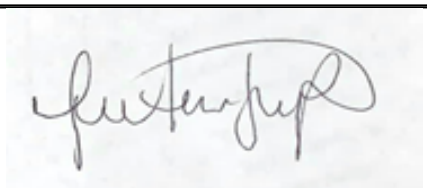
Recomendaciones Personalizadas

Se indica distanciamiento social, uso de tapabocas en servicios de transporte público y sitios con aglomeraciones
se recomienda lavado de manos recuente con el fin de evitar enfermedad respiratorias y gastrointestinales
tiene 1 dosis de la vacuna contra el covid 19 astrazeneca
imc 22.49

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		Deivi jose cabello peña CC 1007891516