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



Fecha: 12/Mar/2024, **Hora:** 08:30:38 a.m.
Apellido: Ramirez riveros
Nombre: Carlos andres
HC: # 21219
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 1071839385
Edad: 32 años
Empresa: Consorcio ikaros
Sexo: Masculino ♂
Emp. Usuaria: Ikaros
Nacim: 07/Abr/1991
Cargo: Ayudante de obra
Rh: O+
Direccion:
Telefono: **Celular:** 31010348433 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Bogota d.c. - san cristóbal
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

.

Examenes Realizados

- [x] Audiometría tamiz
- [x] Optometría
- [x] Examen medico ocupacional de pre- ingreso

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

* Sve salud auditiva
* Sve salud visual

Estilo de Vida Saludable

* Ejercicio regular
* Estilo de vida saludable
* Dieta balanceada

Medicas

* Valoración por optometria
* Usar correccion visual
* Control anual por otorrinolaringologia

Laborales

* Uso de doble protección auditiva
* Pausas activas
* Mantener adecuada higiene postural
* Uso de epp segun el cargo
* Proteccion auditiva ante exposicion a ruidos superiores a 85 db

Concepto

Aplazado hasta valoración del especialista

Recomendaciones Personalizadas

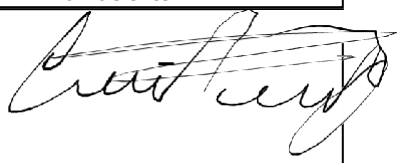
Imc:23.03
uso de tapabocas y los elementos de proteccion personal
lavado de manos frecuentemente
control anual ocupacional

Observaciones

Aplazado Hasta Realizar Lavado De Oídos Bilateral Por Su Eps O Particular Y Audiometría Confirmatoria Posterior Al Lavado De Oídos.
Se Remite A Consulta De Optometria En Su Eps Para Indicar Formula Visual

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 luisa perez piña Medico especialista sst **Lic. de S.O #:** 8731 De 22/12/2022 **Registro #:** 8731		Carlos andres ramirez riveros CC 1071839385