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:** 20/Mar/2024, **Hora:** 02:31:28 p.m.
**Apellido:** Chaparro benitez
**Nombre:** Jarbel danilo
**HC:** # 22983
**Tipo Doc:** CC
**Nro Identidad:** 4214786
**Edad:** 52 años
**Empresa:** Consorcio ikaros
**Sexo:** Masculino ♂
**Emp. Usuaria:** Consorcio ikaros
**Nacim:** 26/Jul/1971
**Cargo:** Ayudante de obra
**Rh:** O+
**Direccion:** Calle 69 sur #81 c 28
**Telefono:** **Celular:** 3227359500 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
**Ciudad:** Bogota d.c. - bosa
**Responsable:** - **Parentesco:** - **Telefono:**

.

**Examenes Realizados**

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

**Recomendaciones Especificas**

**S.V.E.** **Estilo de Vida Saludable**

**Medicas**

* Valoración nutricional
* Usar correccion visual
* Audiometría de control en un año

**Laborales**

**Concepto**

Apto para el cargo con recomendaciones

**Recomendaciones Personalizadas**

Imc: 28.04
dieta hipocalorica
bajar de peso
dejar de fumar
uso de tapabocas y los elementos de proteccion personal
habitos de vida saludable
higiene postural
pausas activas
control ocupacional anual
control anual en su eps con optometria y audiometria

**Observaciones**

Uso De Epa 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 |
|---|---|---|
| 1034320081 | | |

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

| | |
|---|---|
| **Maria luisa perez piña**<br>Medico especialista sst<br>**Lic. de S.O #:** 8731 De 22/12/2022<br>**Registro #:** 8731 | Jarbel danilo chaparro benitez<br>CC 4214786 |