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: 07/Mar/2024, **Hora:** 08:02:21 a.m.
Apellido: Rodriguez moreno
Nombre: Jose gabriel
HC: # 20828
Edad: 48 años
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 79993799
Sexo: Masculino ♂
Empresa: Consorcio ikaros
Nacim: 20/Jul/1975
Emp. Usuaria: Consorcio ikaros
Cargo: Ayudante de obra
Rh: O+
Direccion: Cra 80 i #52 -40 sur
Telefono: **Celular:** 3118815707 **Email:** **Estado Civil:** Union libre
Ciudad: Bogota d.c. - ciudad kennedy
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

.

Examenes Realizados

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

Recomendaciones Especificas

S.V.E.	Estilo de Vida Saludable
* Sve salud auditiva	* Estilo de vida saludable
* Sve salud visual	* Adecuada dieta y ejercicio

Medicas	Laborales
* Seguimiento por otorrinolaringologia	* Pausas activas
* Valoración por optometria	* Mantener adecuada higiene postural
* Usar correccion visual	

Concepto

Aplazado hasta valoración del especialista

Recomendaciones Personalizadas

Imc 26.99
examen ocupacional anual.
uso de tapabocas y elementos de protección personal.
seguir protocolos de bioseguridad de la empresa.

Observaciones

Se Remite A Consulta Completa De Optometria Para Definir Formula La Cual Debera Usar De Forma Permanente Para Laborar, Debe Volver A La Ips Para Definir Concepto.remisión Con El Especialista Y Realizar Examenes Complementarios
Ingreso Al Sve Y Controles Según Lo Requiera, Uso De Doble 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		
Maria luisa perez piña Medico especialista sst **Lic. de S.O #:** 8731 De 22/12/2022 **Registro #:** 8731		Jose gabriel rodriguez moreno CC 79993799