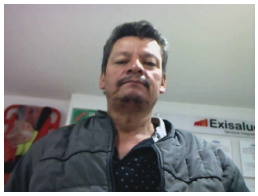
Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

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/Mar/2024, **Hora:** 06:12:54 a.m.
Apellido: Alvarez escobar
Nombre: Ruben adolfo
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 79377529
Empresa: Consorcio ikaros
Emp. Usuaria: Consorcio ikaros
Cargo: Ayudante de obra
Direccion: Cra 45 a #69 i 14 sur
Telefono: **Celular:** 3106641282 **Email:** **Estado Civil:** Union libre
Ciudad: Bogota d.c. - ciudad bolívar
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

HC: # 20326
Edad: 58 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 03/May/1965

Rh: AB+

.

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

* Estilo de vida saludable

Medicas

* Usar correccion visual
* Audiometría de control en un año

Laborales

* Pausas activas
* Mantener adecuada higiene postural

Concepto

Apto para el cargo con recomendaciones

Recomendaciones Personalizadas

Imc 24.24
examen ocupacional anual.
uso de tapabocas y elementos de protección personal.
seguir protocolos de bioseguridad de la empresa.

Observaciones

Uso De Doble Epa Durante La Jornada Laboral, Reposo Auditivo Extra Laboral
Limpieza ótica Bilateral

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		Ruben Alvarez E.
Maria luisa perez piña Medico especialista sst **Lic. de S.O #:** 8731 De 22/12/2022 **Registro #:** 8731		Ruben adolfo alvarez escobar CC 79377529