

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S
NIT: 900152996-7

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1049627240-132416



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	17 ene. 2024 - MIRAFLORES	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	HECTOR GUSTAVO MONROY CADAVID	Identificación:	1049627240
Género:	MASCULINO Edad: 32	Teléfono	Móvil: 3103446898
Fecha Nacimiento:	12/09/1991	Cargo:	CONTRATISTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	AVENIDA CARACAS # 3 49-65 APTO 1109	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	AFP:	COLFONDOS
Empresa	PARTICULARES	AREA: No Reporta	
Empresa en Misión:	PARTICULARES -	Peso: 76 Talla: 173 IMC: 25.39	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, ACTIVIDAD FISICA REGULAR

CONCEPTO MEDICINA LABORAL

APTO PARA LA LABOR

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

OSTEOMUSCULAR

-

PPyP

PSICOSOCIAL

-

PPyP

VISUAL

-

PPyP

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al(a) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizaran el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son VERÍDICAS. Autorizo a CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S se acoge a las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al derecho reglamentario 1377 del 2013 y se responsabiliza del tratamiento de protección de datos personales'



OMAR HENRY PANCHE CUERVO
Médico Especialista en Salud Laboral

HECTOR GUSTAVO MONROY CADAVID
Firma y cédula del Paciente

1049627240