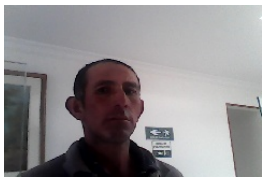
# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

**DR. CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA**
MD. UNIVERSIDAD NACIONAL
**ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL U.M.B.**



DR. CARLOS A CANTOR H
NIT: 2993727
LSO - 2969/19

**EXAMEN MEDICO Y ANEXO OSTEOMUSCULAR**
**Certificado de aptitud: 4081867-48916**

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 12 feb. 2024 - CHIA | **Tipo de Examen:** | INGRESO |
| **Paciente:** | JOSE HELBERTH GARAVITO SARMIENTO | **Identificación:** | 4081867 |
| **Género** | MASCULINO **Edad:** 43 | **Teléfono** | 3112475646 **Móvil:** 3112475646 |
| **Fecha Nacimiento:** | 8/01/1981 | **Cargo:** | JARDINERO |
| **Estado Civil:** | CASADO(A) | **EPS:** | NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud |
| **Dirección** | SAMARIA | **ARL:** | NO REPORTA |
| **Escolaridad:** | PRIMARIA | **AFP:** | PORVENIR S.A. |
| **Empresa** | R Y D JARDINEROS S.A.S | **AREA: No Reporta** | |
| **Empresa en Misión:** | R Y D JARDINEROS S.A.S | | |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

| | |
|---|---|
| **AUDIOMETRÌA** | AUDIOMETRIA PERIFERICA UNILATERAL ALTERADA: OIDO DERECHO: DESCENSO LEVE Y MODERADO EN FRECUENCIAS AGUDAS- OIDO IZQUIERDO: AUDICION NORMAL 1. CONTROL AUDITIVO ANUAL, 2. PAUTAS DE HIGIENE Y CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO EN AMBIENTES LABORALES. |
| **VISIOMETRIA** | 1. USAR FORMULA OPTICA EN VISION PROLONGADA 2.CONTROL ANUAL |
| **MEDICINA OCUPACIONAL** | SATISFACTORIO.<br>1. PAUTAS ESTRICTAS DE CUIDADO AUDITIVO.<br>2. USO ESTRICTO DE DOBLE PROTECCION AUDITIVO EN EXPOSICION A RUIDOS.<br>3. CONTROL ANUAL AUDIOLOGICO.<br>4.. USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA TRABAJAR |
| **ANEXO OSTEOMUSCULAR** | SATISFACTORIO. |

## CONCEPTO MEDICINA LABORAL

**SIN RESTRICCIONES PARA CARGO A DESEMPEÑAR**

Observaciones: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO SATISFACTORIO.

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|---|---|---|
| NO | | |

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

| | | |
|---|---|---|
| VISUAL | - | PPyP |
| AUDITIVO | - | PPyP |

## Información de Remisiones

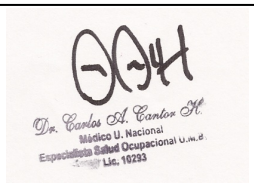
NO

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO.

'CONSENTIMIENTO
En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012 , autorizo para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.-'




Médico Especialista en Salud Laboral
CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
2969

Firma y cédula del Paciente
JOSE HELBERTH GARAVITO SARMIENTO
4081867