CAJUSALUD IPS S.A.S NIT 901204278-5

Medicina laboral y terapia ocupacional integral con calidad

CRA. 16 N0 26-67 Tel. Cel. 3158012963 – 3168940210 – 5891337
Barrio 12 de octubre – Valledupar Cesar
medicomontenegro@hotmail.com

CERTIFICADO MEDICO – CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

No. 00146

EXÁMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO

FÍSICO ERGONOMICO – CARDIOVASCULAR - RESPIRATORIO

NOMBRE DEL TRABAJADOR: ARLEEN PAOLA SANCHEZ GEBAUER
NUMERO DE CEDULA: 1065650912
NUMERO DE TELEFONO: 3005146687
NOMBRE DE LA EMPRESA: ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR
PROFESION: ABOGADA
ROL LABORAL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO
LUGAR Y FECHA DEL EXAMEN: VALLEDUPAR, FEBRERO 08 DE 2024

EDAD: 30 años



RESULTADO CONCEPTO DE APTITUD	
CONCEPTO DE APTITUD LABORAL:	SIN RESTRICCIONES, TIENE RECOMENDACIONES
APTITUD PARA TAREAS ESPECIFICAS:	NO APLICA
RECOMENDACIONES LABORALES:	Capacitación en riesgos propios del oficio, pausas activas.
RECOMENDACIONES MEDICAS:	Hábitos saludables, higiene postural, control de peso, uso de EPP
RESTRICCIONES LABORALES:	Ningunas
MANEJO POR SU EPS:	Control y seguimiento

EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIÓ A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES REALIZADOS

	PARACLINICOS REALIZADOS	LABORATORIOS	
X	AUDIOMETRÍA	HEMOGRAMA	
X	OPTOMETRIA	HEMOGLOBINA /HEMATOCRITO	
	ESPIROMETRIA	COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS	X
	ESTUDIO DE VOZ	GLICEMIA	X
	RADIOGRAFIA DE TORAX	K.O.H	
	RADIOGRAFIA LUMBOSACRA	FROTIS FARINGEO	

RECOMENDACIONES GENERALES

X	Control periódico cada año		Usar corrección óptica	X	Audiometría cada año
	Inspección de puesto de trabajo		Control con Psicología	X	Optometría cada año
X	PVE: Cardiovascular, ergonómico		Seguimiento por EPS y ARL	X	Capacitaciones en PyP

OBSERVACIONES: Paciente trabajador físicamente bien, sin signos y síntomas de enfermedades laborales, sin limitaciones funcionales de miembros superiores e inferiores, sin defecto físico o enfermedad que disminuya su capacidad laboral asignada.

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 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 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

Dr. Carlos Montenegro
ESP. SALUD OCUPACIONAL
R.M. 5985 - LIC No. 0807

Dr. Carlos Montenegro González
Médico, E.S.O Reg.: 5985 Lic. S.O 0807

Firma del trabajador
Cedula: 1065650912