CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



EXÁMENES PARA:
SALUD OCUPACIONAL
LABORATORIO CLÍNICO
LICENCIA DE CONDUCCIÓN

CRC PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR
NIT: 900708180-2

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 17652241-64725

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	25/04/2024 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JAVIER MAURICIO BECERRA DAZA	**Identificación:**	17652241
Género	MASCULINO **Edad:** 49	**Teléfono**	**Móvil:** 3115514834
Fecha Nacimiento:	12/12/1974	**Cargo:**	INDEPENDIENTE
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	CR 68D#4053 SUR	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	ESPECIALIZACION	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

ENFASIS CARDIOVASCULAR: ADECUADO FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA, SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES.
ENFASIS SISTEMA NERVISO CENTRAL: ADECUADO FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA, SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES.
ENFASIS MUSCULO-ESQUELETICO: ADECUADO FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA, SIN EVIDENCIA DE ALTERACIÓNES.
ENFASIS DERMATOLÓGICO: ADECUADO FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA, SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES DE PIEL FANERAS.
HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.
DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: ESTE EXAMEN SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO NO SE EVIDENCIA LIMITACIÓN O RIESGO PARA QUE EL TRABAJADOR REALICE MOVIMIENTOS REPETITIVOS PROLONGADOS. EVALUACION CON ENFASIS EN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES.
PACIENTE NIEGA SINTOMAS RELACIONADOS CON INFECCION POR COVID 19 Y NIEGA CUALQUIER RIESGO DE NOCION DE CONTAGIO RELACIONADA.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NUTRICIÓN	-1 LIMITAR CONSUMO DE GRASAS 2 COMER MUCHA FIBRA SOLUBLE 3 CONSUMIR FRUTAS Y VERDURAS 4 REALIZAR EJERCICIO	PPyP

Información de Remisiones

NUTRICION

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 SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos 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 a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a 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. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

Powered by CamScanner

Dr. Alexel Rodríguez Bernal
Médico Especialista SST
RM. 1024455
Lic. SO. 346 12/01/2023

CRC PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR SAS
Nit. 900.708 180 - 2
Transv. 35 # 32B - 36 Sur

ALEXEL RODRIGUEZ BERNAL
346 12/01/2023 1024455
Médico Especialista en Salud Laboral

JAVIER MAURICIO BECERRA DAZA 17652241
Firma y cédula del Paciente

Powered by CamScanner