


IPS

SH

Salud Humana



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

N°

INFORMACION GENERAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN

26

ptiembre

2024

La Dorada

DIA

MES

AÑO

Ciudad

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Examen medico ocupacional de Periodico

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa

FUERZA AEREA COLOMBIANA

Cargo

MEDICO GENERAL

Antigüedad

< de 1 año

DATOS DEL TRABAJADOR/ASPIRANTE

MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA

Genero

Edad

Documento de identificación

Apellidos y Nombres

Femenino

32

CC

1.121.883.763

Estado civil

Union Libre

Teléfono

3102769035

Dirección

CALLE 14A N. 2-41 VILLA ANGELA

RIESGOS LABORALES

X Psicosociales

X Osteomuscular

Biológicos

Físicos

Químicos

X Ergonomicos

X Biomecánicos

Fenómenos naturales

EXAMENES DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL REALIZADOS

Evaluación ocupacional osteomuscular

X

Visiometria

Audiometría

Electrocardiograma

Laboratorios

Optometria

X

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Apto

RECOMENDACIONES MEDICAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE

OPTOMETRIA: MIOPIA, OD:20/30, OI:20/30, USO DE LENTES, REVISION DE LENTES CADA AÑO

REPORTAR NOVEDADES, PELIGROS Y RIESGOS QUE SE PRESENTE EN MATERIA SST AL RESPONSABLE DEL SISTEMA - REALIZAR INDUCCION SST - CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA

CONTINUAR CON HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE Y DE ACTIVIDAD FISICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y/o paraclínicos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de la prueba. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el o los exámenes.

Medico

Dr. Rafael E. Vitola Ortega

Medico Especialista en seguridad y salud en el trabajo

R.M. 70 - 392

Lic. 202006025272

Rafael E. Vitola Ortega

Firma

Nombre

Rafael Eduardo Vitola Ortega

R.M

70-392

L.S.O:202006025272

Aspirante o trabajador

sidere.

Firma

Documento

Página 1