

VISIONAMOS TU SALUD

Nit: 832000464-2
CRA 29 N 12 A-03 YOPAL CAS. PBX: 6334671 - CEL: 3203995252
BARRIO BRISAS DEL CRAVO - www.visionamossalud.com.co

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Jhonny Serguey Silva Rosas	1118535847	62641
Empresa:	PARTICULAR VISIONAMOS SALUD OCUPACIONAL	**Fecha Nacimiento:**	02/01/1987
Direccion:	CALLE 19 A 32 19 YOPAL		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
324240	Masculino	37	Años	Soltero	Profesional Universitario	YOPAL	05/02/2024 14:34:47

Objetivo:	Ingreso	E.P.S.:	SANITAS	A.R.L.:	SURA	Cargo:	ADMINISTRADOR PUBLICO
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:				Estrato:	[2] - Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente resultado:

CONCEPTO INGRESO:

☑	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

☐	Satisfactoria		
☐	No Satisfactoria		
Valoracion por:	E.P.S. ☐	A.R.L. ☐	

☐ PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo..

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Higiene Postural, Utilizacion EPP. SEGUN I.M.C.: Dieta hipograsa e hipoglucida , Ejercicio Regular, Valoracion Por Nutricion, Valoracion EPS, Requiere control en su EPS.

Autorizo al (a la) 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, los 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(as) prueba(s) es voluntaria y que tuvela oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará VISIONAMOS SALUD IPS.. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a VISIONAMOS SALUD IPS. 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. De igual manera soy consciente y doy fe, de que me fue socializado mi estado de salud y el resultado de cada uno de mis valoraciones realizadas. 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.

Visionamos tu Salud
Licencia S.O 01593
03/12/2018

MARIA VICTORIA ROA - C.C. 40045488 / RM: R.M: 8545/2004
L.S.O: 089/2015

05/02/2024 14:34:47
Generado por SGMI - TERRASOFT,
NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co

Firma y Huella del Paciente o Responsable

Indice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en www.visionamossalud.com.co Opción SERVICIOS EN LINEA, RESULTADOS

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner