

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD DE INGRESO

DR. YORDY EDUARDO ULLOA RODRIGUEZ

ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

CRA 2 # 4-14 SOPO

CEL: 3102528173-3006566114

TEL: 8572545

CIUDAD: <i>dyo</i>	FECHA: <i>Enero 31 / 2023</i>
APELLIDOS Y NOMBRES DEL ASPIRANTE	<i>Darzon Paz Padua Andes</i>
IDENTIFICACIÓN	<i>1.018.434.214</i>
CARGO A DESEMPEÑAR	<i>Enfermero de sala</i>
EMPRESA	<i>Observación Andesmar</i>

EVALUACION REALIZADA

Colinestarsa
Glicemia
Colesterol y triglicéridos
Coprológico
KOH uñas y Frotis faríngeo

<i>1</i>
<i>1</i>
<i>1</i>
<i>1</i>
<i>1</i>

Examen médico con énfasis osteomuscular
Examen optométrico
Audiometría
Tamizaje visual
Espirometría

<i>2</i>
<i>1</i>
<i>1</i>
<i>1</i>
<i>1</i>

Otros: NINGUNO

CONCEPTO

Cumple con los requisitos médicos para el cargo
Cumple con los requisitos médicos para el cargo con recomendaciones
Con restricciones que interfieren con el desempeño de la labor
Requiere otros estudios y/o tratamientos para poder dar concepto

<i>2</i>
<i>1</i>
<i>1</i>
<i>1</i>

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

Además de las capacitaciones para su labor, suministrarle los elementos de protección personal completos y adecuados.
Supervisar y controlar la correcta utilización de estos.

NOTA: Respetando la legislación vigente (Resolución 2346 del 16 de julio de 2007 artículos 10, 14 y 16; Resolución 1918 artículo 2), solo se entrega el concepto de Aptitud. Los demás soportes reposan en la historia clínica ocupacional del trabajador.

RECOMENDACIONES LABORES Y PARA LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

*Atención por control para creación de reproducción
vital*

Declaración del trabajador: Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicas y permitieron la elaboración del presente certificado médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional. Estoy informado que el Doctor YORDY EDUARDO ULLOA RODRIGUEZ tendrá en custodia mi Historia Clínica Ocupacional, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 2 de la Resolución 1918 de 2009. Autorizo al Doctor YORDY EDUARDO ULLOA RODRIGUEZ para que suministre la información requerida para el buen cumplimiento del programa de vigilancia epidemiológica de medicina del trabajo, consignada en el concepto médico y en el diagnóstico de salud (artículos 8,9 y18 de la resolución 2346 de 2007).

NOMBRE DEL TRABAJADOR <i>Fabian Andres Garzon D.</i>	NOMBRE DEL MÉDICO YORDY EDUARDO ULLOA RODRIGUEZ
IDENTIFICACIÓN <i>1018434214</i>	FIRMA <i>Yordy Eduardo Ulloa R.</i>
FIRMA <i>[Firma]</i>	REGISTRO MEDICO 11.910 SSB. LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 2877 SSC