CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS
NIT: 900532770-0

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 79604780-92867

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	13 abr. 2024 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	ALEXANDER CASTELLANOS CASTELLANOS	**Identificación:**	79604780
Género	MASCULINO **Edad:** 51	**Teléfono**	**Móvil:** 3125796284
Fecha Nacimiento:	6/05/1972	**Cargo:**	INGENIERO AMBIENTAL
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	CLL 81 N 115 - 25 INT 1 APTO 401	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	PARTICULAR	**AREA: No Reporta**	
Empresa en Misión:	PARTICULAR	**Peso: 59 Talla: 170 IMC: 20.42**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

VISIOMETRIA	DEBE USAR ANTEOJOS PERMANENTES CON FILTROS DE PROTECCIóN PARA LUZ AZUL POR BAJA AGUDEZA VISUAL LEJOS Y CERCA ODI. PAUTAS DE HIGIENE VISUAL. CONTROL: ANUAL.
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

CONCEPTO MEDICINA LABORAL

APTO CON RECOMENDACION

Observaciones: -CONTINUAR CONTROL CON ESPECIALISTA TRATANTE.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

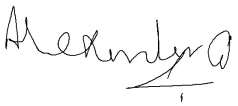
Información de Remisiones

MEDICINA INTERNA -

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado con el número de identificación como aparece al lado de mi firma , actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando de manera libre, voluntaria y consiente, sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido la información pertinente acerca de las modalidades de atención en las que puede ser realizado el examen médico ocupacional y que debido a las circunstancias actuales la “telemedicina – Asistida (Resolución 2654 de 2019, Decreto 538 de 12/04/20 Art 8) será la modalidad que me brindarán, sin descartar la posibilidad de otras, si así lo requiriera , además recibí información adecuada acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados (si aplican), 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 realizar el examen médico en la modalidad mencionada y que se me practiquen 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.







KAREN NATALIA VARGAS RAMIREZ

Médico Especialista en Salud Laboral

1000007512 Res.6350 14/08/2023

ALEXANDER CASTELLANOS CASTELLANOS 79604780

Firma y cédula del Paciente