

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1 (#28137)

Examen Ingreso

CIUDAD: SANTA ROSA DEL SUR **FECHA:** 03 (Día) 07 (Mes) 2024 (Año) 02:41 PM (Hora)

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la Empresa	Cargo
PARTICULAR	SECRETARIA
Sede	**Sección / Empresa en Misión**
PARTICULAR	

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CRISTINA	ISABEL	AREVALO	BRACHE

Tipo de Identificación: Cédula de ciudadanía **Número:** 1050922781 **Edad:** 31 Años

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

(●) Sin limitaciones o restricciones para el cargo ( ) Con Restricciones o limitaciones para el cargo ( ) Aplazado

Motivo del aplazamiento:

Se recomienda valoración por EPS: (●) SI ( ) NO Se entrega formato de remisión a EPS: (●) SI ( ) NO

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T	P	Recomendaciones
	( )	( )	

Recomendaciones:

ADECUADA HIGIENE POSTURAL, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, BUENA INDUCCION AL CARGO, PAUSAS ACTIVAS, CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, BUENOS HABITOS ALIMENTARIOS, ACTIVIDAD FISICA DIARIA, VALORACION POR CIRUGIA GENERAL EN SU EPS.

EXÁMENES REALIZADOS

☑ Examen Ingreso

Otros exámenes:

Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica: ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular ☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Respiratorio

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador: Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a GRUPO MEDICO A & G I.P.S S.A.S a realizar a mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento.El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) 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) acupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas. Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizara el(los) examen(es) ocupacional(es). Fuí informado de las medidas que tomará GRUPO MEDICO A & G I.P.S S.A.S para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente y que me encuentro en la capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: HAROLD E. AGUDELO

Nombre: Dr(a) HAROLD EDUARDO AGUDELO MOROS

Registro Médico: 2779 Licencia Salud Ocupacional: 16803

Aspirante o trabajador

Firma: CRISTINA AREVALO

Nombre: CRISTINA ISABEL AREVALO BRACHE

Documento Identidad: 1050922781

Se realiza la atención del usuario cumpliendo con los protocolos de Bioseguridad para COVID-19 en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad Social.