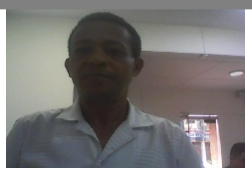
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MEDIKCORP SAS
NIT: 900789848-1

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 77162496-45009

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	03 sept. 2024 - BARRANQUILLA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	ELVIS JOSE BELEÑO OSPINO	**Identificación:**	77162496
Género	MASCULINO **Edad:** 51	**Teléfono**	**Móvil:** 3157459875
Fecha Nacimiento:	12/03/1973	**Cargo:**	CONTRATISTA
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	CARERRA 12 # 24 - 66 LAS NIEVES	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	MAESTRIA	**AFP:**	NO REPORTA
Empresa	PARTICULAR		
		AREA: OPERATIVA	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ATLANTICO		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

OPTOMETRIA	DEFICIT EN VISION DE LEJOS Y CERCA EN AMBOS OJOS; DEBE ACTUALIZAR SUS LENTES; SE LE RECOMIENDA USO PERMANENTE; CONTROL VISUAL ANUAL
EVALUACION MEDICA OSTEOMUSCULAR CON ENFASIS APTITUD DEPORTIVA	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL REALIZAR ACTIVIDAD FISICA ORDENADA POR SU MEDICO; CONSUMIR FRUTAS Y VERDURAS, DIETA BAJA EN SAL , GRASAS , AZUCARES Y CARBOHIDRATOS.REALIZAR CONTROLES DE GLICEMIA INDICADOS POR SU MÉDICO TRATANTE. EVITAR CONSUMO DE BEBIDAS ENERGIZANTES.
HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO	REALIZADO
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
GLICEMIA	REALIZADO
ELECTROCARDIOGRAMA	REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

APTO CON RECOMENDACION

Observaciones: CONTINUAR CONTROL POR PROGRAMA CRÓNICOS EN EPS. *DEBE REALIZAR CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES CON MEDICINA GENERAL DE LA EPS (SE LE EXPLICA).

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

CARDIOVASCULAR	--CONTROL Y SEGUIMIENTO	SVE

Información de Remisiones

MEDICO DE SU EPS	VALORACION PARA CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES (PATOLOGIA DE BASE), REPORTE DE ELECTROCARDIOGRAMA.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo la realización del examen médico ocupacional y paraclínicos registrado en este documento; de igual forma declaro que se me ha informado en forma clara y sencilla de la naturaleza y propósito de dichos exámenes, así como los riesgo y complicaciones que podrían presentarse después de la toma de muestra si me aplica. Certifico que la información brindada por mí en la historia clínica ocupacional es veraz y completa.

En virtud de lo anterior y entendido el contenido del presente consentimiento informado, así como, habiendo recibido la información solicitada, firmo y autorizo el uso de mi huella dactilar como mecanismo de verificación de identidad y como mecanismo de firma electrónica en este documento.
'

Ruth Acosta A

Médico Especialista en Salud Laboral
RUTH MARIA ACOSTA IBAÑEZ
2978 -





Firma y cédula del Paciente
ELVIS JOSE BELEÑO OSPINO
77162496