NIT: 4612476-3

UM OCUPACIONAL DEL SUR
TV 74 F N 40B – 06
TELEFONO: 3212531425
www.umdelsur.com
EMAIL: Umocupacionaldelsur@gmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL-INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS - ESPACIOS CONFINADOS

FECHA: 26/12/2025 **TIPO DE PACIENTE:** OCUPACIONAL **Nº ORDEN:** 042020-5267 **SEXO:** MASCULINO
NOMBRE: PRIMITIVO GARCIA BENITEZ **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC:19457078 **EDAD:** 66 AÑOS
EMPRESA: INDEPENDIENTE **OCUPACIÓN:** OFICIAL
EPS: ARL: SURA

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

TIPO DE EXAMEN	RESULTADO
ESPIROMETRIA	NORMAL
VISIOMETRIA	NORMAL
HEMOCLASIFICACIONES/RH	A+
AUDIOMETRIA	NOTM
OXIMETRIA (PULSO)	78%
FRECUENCIA CARDIACA	61
PESO	73
ESTATURA	1.63
TENSION (ARTERIAL)	78/117
GLICEMIA	NORMAL
OSTEMUSCULAR	NORMAL
LIPIDOGRAMA	NORMAL
ELECTROENCEFALOGRAMA	SIN ALTERACIONES
NIVEL DE TRIGLICERIDOS	NORMAL

DIAGNOSTICO:

APTO PARA ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS SI **NO APTO:** _____ **SIN RESTRINCIONES:** _____ X _____
APTO CON RESTRINCION: _____ **APLAZADO:** _____

RECOMENDACIONES DEL TRABAJADOR:

1. HACER SEGUIMIENTO DE LA TENSION ARTERIAL.
2. SEGUIR RECOMENDACIONES DIETARIAS.
3. MANTENER CUIDADO AUDITIVOS ESPECIALES
4. USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL
5. UTILIZAR TAPABOCAS
6. OTRA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR (A)

Autorizo al doctor(a) mencionada(a) a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento, me han informado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido de analizar los beneficios y la interpretación e ilimitación y riesgo del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas de proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por este examen son completas y verídicas, la información registrada en este documento para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo, finalmente manifiesto que el leído y comprendido lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Dr. Eduardo Moreno
Especialista en Salud Ocupacional
RM Lic 3235 de 2017

FIRMA DEL PACIENTE

C.C Nº

HUELLA