Impreso con Software Globho www.globho.com Producto/Servicio de Grafosoft SAS Nit. 901084328

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
NIT 900889250



CERTIFICADO APTITUD LABORAL

Datos Generales **Historia No.** 1.585.375 **Fecha:** 2023-03-01 10:44

Documento: CC **1030603201** **Fecha Nacimiento:** **12/12/1991** **Genero:** F **Edad:** 31 Años 2 Meses 20 Dias
Nombres: **MAYERLI SANDOVAL GONZALES**
Telefono: 3214290545 **Regimen:** Particular
Direccion: CRA 78 G 47 B 62 SUR **Ciudad:** BOGOTA D.C
Entidad: **PARTICULAR**

Servicio: EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Concepto

— APTO—-—PARA REALIZAR EL CARGO.
EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIÓ A PARTIR DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

* EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL.
* AUDIOMETRIA: CONSERVADA.
* VISIOMETRIA: CONSERVADA 20/20

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Recomendación

1. CAPACITACION EN EJECUCION SEGURA DE SUS TAREAS.
2. HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3. AUTOCUIDADO.
4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5. PAUSAS ACTIVAS.
6. USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP).
7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCION AMBENTAL Y RESPIRATORIA.
8. LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDEMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE.

Observaciones

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

FIRMA PACIENTE: Mayerli Sandoval Gonzalez

Especialidad MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA LABORAL
Profesional OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETE
Registro Lic. SST 2552