PREVENCION OCUPACIONAL SAS

NIT: 900549181-7
Cel: 3148909840
MANIZALES

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE INGRESO

(Resolución 2346 de 2007)



FECHA: 2024-04-26 - **HORA:** 11:18:32
CIUDAD: MANIZALES - CALDAS

DATOS PERSONALES:

NOMBRES Y APELLIDOS:	ALBEIRO ALFONSO GONZALEZ BEDOYA		
IDENTIFICACION:	CC - 10273188		
FECHA DE NACIMIENTO:	25-06-1966	**SEXO:**	M
ESTADO CIVIL:	CASADO(A)	**EDAD:**	57
DIRECCION:	CRA 31 B # 41 A 40 EL PALMAR	**TELEFONO:**	8884095 - 3155417932
ESCOLARIDAD:	ESPECIALIZADA	**PROFESION:**	AUDITORIA DE SISTEMAS

EMPRESA: INDEPENDIENTE
CARGO AL QUE ASPIRA: CONTRATISTA

CONCEPTO
** SIN RESTRICCIONES ** CON CONDICIONES ** CON RECOMENDACIONES

MEDICO:
REPORTES: -APORTA CARNET VACUNA COVID 19 / 3 DOSIS .
CONDICIONES: -VISUAL DEBE LABORAR CON CORRECION Y ASISTIR ANUALMENTE AL OPTOMETRA DE LA EPS.
RECOMENDACIONES:
PREVENTIVAS: -BAJAR DE PESO, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DE FORMA REGULAR Y SE RECOMIENDA CONSULTAR A LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

JOHANA MARCELA TORRES RIOS
SALUD OCUPACIONAL
24344327
RM: 16508 LSO:72882

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACUERDO A LAS POLITICASDE PROTECCION DE DATOS DE PREVENCION OCUPACIONAL SAS

En cumplimiento del Articulo 34 de la Ley 23 de 1981, Articulo 33 del Decreto 1543 de 1997, la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1918 del 2009, Articulo 16 de la Resolución 2346 del 2007, Articulo 10 de la Resolución 1016 de 1989, Ley estatutaria 1581 de 2012 autorizo al área de salud ocupacional de la empresa contratante la cual me envía a realizar este examen médico ocupacional a tener acceso a mi historia clínica ocupacional y en general los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que lleguen a ser realizados y registrados en la IPS PREVENCION OCUPACIONAL SAS, esto con el fin de desarrollar las distintas actividades que se encuentran dentro del marco de los sistemas de vigilancia epidemiológica que las empresas deben desarrollar de acuerdo a la normatividad mencionada. De igual manera autorizo el registro fotográfico o fílmico, huella y firma que se registran en mi historia clínica y certificado de aptitud puedan ser entregados al convocante a este (os) examen (es) y autorizo también el reporte de ellos sean enviados a mi correo electrónico cuando así lo solicite, manifiesto he sido informado por parte del Personal asistencial de PREVENCION OCUPACIONAL SAS a cerca de los exámenes que me van a ser realizados Historia Clínica Ocupacional y otros como Ej. audiometría, electrocardiograma, espirometría, Tamizaje visual, y/o Exámenes de laboratorio (ej. Serología, perfil lipídico, prueba de embarazo, glucometría, cuadro hemático, transaminasas o cualquier muestra solicitada por el empleador) comprendo y estoy de acuerdo, en consecuencia doy mi consentimiento para la realización de estos y autorizo al personal de PREVENCION OCUPACIONAL SAS a que proceda con la realización. Autorizo a que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al programa de salud ocupacional o aquellas personas según lo contemple la ley o que yo autorice por escrito para la entrega de mis reportes e historia clínica. Además estoy de acuerdo y aseguro que toda la información que he suministrado para la realización de esta historia clínica es verdadera. Por medio de mi firma y / o huella también me adhiero y acepto la política protección de datos de PREVENCION OCUPACIONAL SAS. Por medio de mi firma y / o huella también me adhiero y acepto la política protección de datos de PREVENCION OCUPACIONAL SAS y doy mi consentimiento para la atención en PANDEMIA COVID 19, documentos los cuales me informaron están en la página web http://www.prevencionocupacional.com.co

