

BIOANALISIS IPS E.U.

Nit: 900232628-5
Clle 15 N 13-08 ARAUCA. PBX: 0978854450 - CEL.3208393435
BARRIO AMERICAS - www.bioanalisis.com.co

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Fran Nicolas Fuentes Rodriguez	17594391	404
Empresa:	**PARTICULAR**	**Fecha Nacimiento:**	23/12/1981
Direccion:	CR 8 #22-54 UNION		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
37373	Masculino	41	Años	Soltero	Profesional Universitar	ARAUCA	27/07/2023 07:07:40

Objetivo:	Ingreso	**E.P.S.:**	NUEVA EPS	**A.R.L.:**		**Cargo:**	INSTRUCTOR.
Contrato:			**Clasificacion del Riesgo:**			**Estrato:**	[2] - Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente resultado:

CONCEPTO INGRESO:

☑	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

☐	Satisfactoria		
☐	No Satisfactoria		
Valoracion por:	E.P.S. ☐	A.R.L. ☐	

☐ **PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD** ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☑ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: VISIOMETRIA, GLICEMIA EN SANGRE, EXAMEN DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y/O PSICOSOCIAL .

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Sin restricciones para desempeñar el cargo.

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Dieta balanceada y adecuada. Aumentar la ingesta de más verduras y frutas. Realizar Ejercicios Cardiovascular de 40m A 1 Hora Diaria, Minimo 3 Veces Por Semana

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclinico(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 paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará BIOANALISIS IPS.. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a BIOANALISIS IPS. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leido 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.

Luz Dayra Blanco Carpintero - C.C. 32780074 / RM R.M 4176-30/09/2016

27/07/2023 07:07:54
Generado por BGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-0 www.terrasoft.co

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho

Powered by CamScanner