MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL
NIT. 830.592.359-3

725364892 92921

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL - INGRESO
PARA TRABAJO EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS

FECHA:	22 DE DICIEMBRE DEL 2020	EXÁMEN DE INGRESO	X		
NOMBRE:	LUIS EDWIN MORA ROJAS	EXÁMEN DE EGRESO			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	80.211.069	EXÁMEN PERIÓDICO			
EMPRESA:	PARTICULAR	EDAD	37	R.H.	O+
CARGO:	OFICIAL DE PINTURA **EPS-**FAMISANAR	PESO	67KG	SEXO	M



RESULTADOS EXÁMENES PARACLÍNICOS

ESPIROMETRÍA	NO	DEC.421-220/20
AUDIOMETRÍA	SI	OK
VISIOMETRÍA	SI	OK
ELECTROCARDIOGRAMA		
PSICOLÓGICO		
RADIOLOGÍA (TÚNEL DEL CARPO / COLUMNA / TÓRAX)		
VACUNAS		

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

CUADRO HEMÁTICO IVG		
SEROLOGÍA		
GLICEMIA	SI	OK
COLESTEROL	SI	OK
TRIGLICERIDOS	SI	OK
PARCIAL DE ORINA		
SODIO		
POTASIO		
PLOMO		

FROTIS FARÍNGEO/CON CULTIVOS	
KOH UÑAS	
PRUEBA DE EMBARAZO	
HEMOCLASIFICACIÓN	
TSH	
AMILASA	
BACILOCOSPIA	

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA ***A la fecha hacemos constar que el trabajador fué examinado y los resultados obtenidos fueron los siguientes:***

APTO	SI	APTO CON RESTRICCIÓN		NO APTO		APLAZADO	
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	SI	CONCEPTO	APTO PARA EL CARGO SIN NINGUNA RESTRICCION				

RECOMENDACIONES

1.	CONTROL EPS	SI
2.	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	SI
3.	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE	SI

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 2020.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del exámen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veráces y completas. Entendiendo que en este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el Profesional de Salud Ocupacional de MEDIPRO tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad ¿, contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

Dr. Marco A. Tejon Cerro
Medicina Ocupacional
Reg. 1090 SSB

MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL R.M.

FIRMA TRABAJADOR

C.C. No.

HUELLA

Declaración de CONFIDELIDAD: El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En Concordancia Con la Resolución 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.