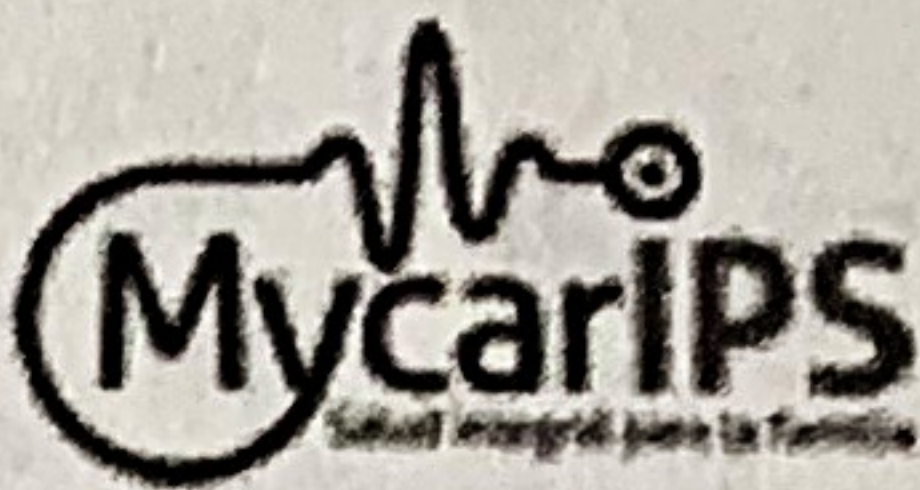




CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE INGRESO
(Resolución 2346 de 2007 - Ministerio de la Protección Social)

FECHA: 2024-02-16 - HORA: 09:46:54
EMPRESA: ALCALDIA BELALCAZAR
CIUDAD: ANSERMA - CALDAS
TIPO EXAMEN: Ingreso

DATOS PERSONALES:
NOMBRES Y APELLIDOS: EDUARDO OSPINA OLAYA
IDENTIFICACION: CC - 9697421
FECHA DE NACIMIENTO: 14-05-1982

SEXO: M

EMPRESA: ALCALDIA BELALCAZAR
CARGO AL QUE ASPIRA: INGENIERO EN SISTEMAS

HACEMOS CONSTAR QUE A LA FECHA, EXAMINAMOS EL PACIENTE SUSCRITO CON EL SIGUIENTE RESULTADO:INGRESO
APTO SIN RESTRICCIONES

TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO:
NINGUNO

INGRESO A SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

SISTEMA DE VIGILANCIA PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR
SISTEMA DE VIGILANCIA PARA LA CONSERVACIÓN VISUAL

RECOMENDACIONES:

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

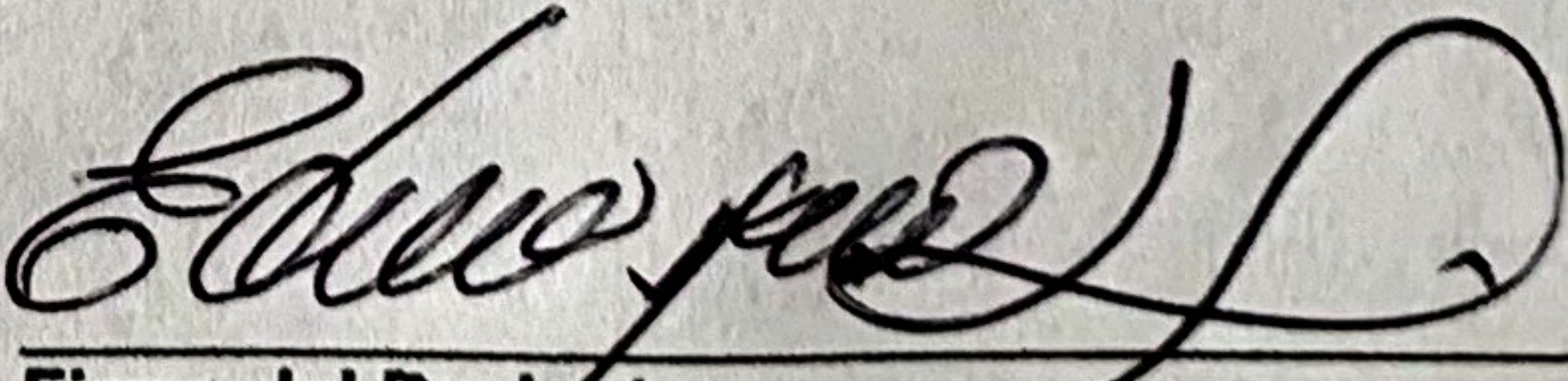
RESTRICCIONES LABORALES:
NO

RECOMENDACIONES LABORALES:
NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO	
De acuerdo a Resolución 2346 de 2007, modificado por la Resolución 1918 de 2009. Manifiesto he sido informado por parte del Personal asistencial de MYCAR IPS SAS acerca de los exámenes que me van a ser realizados Historia Clínica Ocupacional y/o Ej. Audiometría, Tamizaje visual, Exámenes de Laboratorio (ej. Serología, perfil lipídico, glicemia, cuadro hemático, creatinina, nitrógeno ureico, transaminasas, bilirrubinas, parcial de orina, etc.), vacunación y otras valoraciones complementarias por parte del grupo asistencial de MYCAR IPS SAS, comprendo y estoy de acuerdo, en consecuencia doy mi consentimiento para la realización. Autorizo al personal de MYCAR IPS SAS a que proceda con la realización. Autorizo a que suministre la información necesaria a mi Empresa y a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo, o aquellas personas según lo contemple la ley o que yo autorice por escrito para la entrega de mis reportes e historia clínica, teniendo en cuenta la reserva de historia clínica que está contemplado en el decreto 1995 de 1999. Además estoy de acuerdo y aseguro que toda la información que he suministrado para la realización de esta historia clínica es verdadera y que no he ocultado información relevante para mi condición de salud. Autorizo además el manejo de mis datos personales de acuerdo a la ley 1581 de 2.012. Manifiesto que fui informado del resultado de los exámenes médicos realizados y estoy conforme. Al igual que si deseo, puedo solicitar copia de mi historia clínica.	

LUZ E. Morales G
RM 4523-94
LSO 0174.

LUZ ELENA MORALES GALLEGO
MEDICINA DEL TRABAJO
CC: 30309562 - 4523-94


Firma del Paciente