CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

AREA POSITIVA S.A.S
NIT 900781399-8



AREA POSITIVA SAS
NIT: 900781399-8

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1076656014-43275

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 ene. 2024 - UBATE	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	HELMER FABIAN CORREDOR USAQUEN	**Identificación:**	1076656014
Género	MASCULINO **Edad:** 32	**Teléfono**	**Móvil:** 3102887365
Fecha Nacimiento:	11/03/1991	**Cargo:**	INSTRUCTOR DEPORTIVO
Estado Civil:		**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	CR 2 N 4-28	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	NO REPORTA
Empresa	PARTICULAR	**AREA: No Reporta**	
Empresa en Misión:	PARTICULAR -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, FORMULA VISUAL DE CORRECCION

CONCEPTO MEDICINA LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: ATENDIDO CON TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD Y TECNICA LIMPIA EN HIGIENE DE MANOS Y DE EQUIPOS, DANDO CUMPLIMIENTO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE EMITIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD, RELACIONADO CON LA PREVENCION DEL COVID 19. EN CASO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS CONSULTE A LA LINEA DE ATENCION DE SU EPS.
EL MINISTERIO DE SALUD ESTABLECE LA PROHIBICION DE GRABACIONES DE IMAGEN O VOZ EN LA ATENCION EN SALUD, SIN LA AUTORIZACION PREVIA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO EXAMENES Y/O PRUEBAS OCUPACIONALES:
Se deja constancia por medio de este consentimiento que he sido informado sobre los riesgos inherentes, la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales, Examen Médico Ocupacional, Visiometria, Audiometria, Espirometria, Toma de muestras de Laboratorio Clínico y pruebas complementarias, que me realizara la empresa Área Positiva SAS. Los riesgos probables pueden ser caídas, dolor, sangrado, hematomas, cortadas, penetración de cuerpo extraño, radiación, riesgo bilógico. Igualmente autorizo para que me sean efectuados los exámenes solicitados'

Médico Especialista en Salud Laboral
HERNANDO BEDREGAL BARRERA
25-5127 -

Firma y cédula del Paciente
HELMER FABIAN CORREDOR USAQUEN
1076656014